



**Utviklingsplan**  
**barn og ungdom**  
**Møre og Romsdal**  
**2019-2022 (2035)**

## Innhold

Sammendrag

### 1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk

1.2 Formål

1.3 Gjennomføring av arbeidet

1.3.1 Mandat og organisering

1.3.2 Medvirkning og aktiviteter

### 2. Nå-situasjonen og utfordringsbildet

2.1 Samarbeid om tilbud til barn og ungdom internt i kommuner

2.2 Samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom

2.3 Samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om tilbud til barn og ungdom

2.4 Andre utfordringer

### 3. Overordnede strategier og føringer

### 4. Utviklingstrekk og framskriving

### 5. Analyse og veivalg

5.1 Kommunene

5.2 Spesialisthelsetjenesten

5.3 Felles for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

### 6. Mål og tiltak

### 7. Konklusjoner og prioriteringer

- Vedlegg (5)

## Sammendrag

**Mål:** Barn/ungdom med sammensatte behov får riktig hjelp på riktig sted til rett tid.

For å kunne sikre forsvarlige og gode helsetjenester for barn og ungdom i Møre og Romsdal, er det viktig å sikre forutsigbare samarbeidsformer, både mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og innad i kommunene og helseforetaket. Det er viktig at samarbeidet er tydelig, forpliktende og ledelsesforankret. Under har vi oppsummert tre innsatsområder som i særlig grad vil være nødvendige for å nå målet om å skape helhetlige, likeverdige og gode helsetjenester for alle barn og unge i Møre og Romsdal.

1. God kvalitet på **samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten** for barn og ungdom.
  - Etablering av læringsnettverk med representasjon fra kommuner fra Sunnmøre, Romsdal, Nordmøre med fokus på samarbeid/samhandling.
  - Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Implementering av «Samordning av hjelpetilbud barn og unge» («Kvalitet i alle ledd») og «Mission Possible».
2. Behov for **egen samhandlingsavtale** med fokus barn og unge mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal.
3. Etablering av **faste møtepunkter på ledernivå** mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom.

## 1.0 Bakgrunn og historikk

### 1.1 Historikk

Klinisk samhandlingsutvalg for barn og unge i Møre og Romsdal ble etablert høsten 2015. Utvalget er sammensatt av representanter fra Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.

Navn	Arbeidssted	Stillingstittel
Marianne Rønneberg (leder) Eva Løkvik	Tingvoll kommune, HMR Klinikk for kvinner, barn og ungdom, HMR	Fastlege og praksiskonsulent Seksjonsleder Rehabilitering barn og unge
Geir Longvastøl	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Rådgiver
Kari Standal	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Seksjonsleder psykisk helsevern barn og unge
Lutz Nietsch	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Overlege pediatri
Åse Kirstine Jægtvik	Kristiansund kommune	Avdelingsleder barn, familie og helse
Gro Ericson	PPT Molde, Aukra og Misund kommune	Virksohmetsleder
Line Volstad Melbye Ragnhild Hanken Skjong	Ålesund kommune Ålesund kommune	Teamleder (til 06.2017) Rådgiver helse og velferd rådmanns stab (fra 08.2017)
Marita Jacobsen Inger Marie Tofthagen	Fræna kommune Herøy kommune (Oppnevnt til arbeidsgruppa – utviklingsplanen)	Ledende helsesøster Leder for barn, familie og helse
Janne Remøy Endresen Hilde Marie Kleiven Marianne Nydal	Brukerutvalget HMR Brukerutvalget HMR HMR	Medlem Medlem (Vara) Hovedtillitsvalgt

Klinisk samhandlingsutvalg for barn og unge i Møre og Romsdal vil ha en sentral rolle i å koordinere og følge opp arbeidet for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for barn og unge i fylket.

Utvalget har arbeidet med å lage handlingsplan for samarbeid om helhetlige pasientforløp for barn og unge i Møre og Romsdal. Handlingsplanen vil inngå som innsatsområde i vedtatt Samhandlingsstrategi (Helse Møre og Romsdal HF, 2016). Målgruppen for handlingsplanen er ledere og fagpersonell i helse- og omsorgstjenesten og andre aktuelle tjenesteområde i kommunene og helseforetaket i fylket.

Arbeidet med å lage en utviklingsplan med fokus barn og unge i Møre og Romsdal 2019-2022 (2035) er en viktig del av videreføringen av arbeidet med handlingsplanen.

## 1.2 Formål

Vårt utgangspunkt er å være med på å skape pasientens helsetjeneste. Vi ønsker at utviklingsplanen skal sette fokus på gode helsetjenester til barn, ungdom og deres familier.

Utviklingsplanens mål er å bidra til god kvalitet på koordinerte tjenester, tilstrekkelig kapasitet og likeverdige tilbud for pasientene med behov for kommunale bistand og tjenester fra spesialisthelsetjenesten i Helse Møre og Romsdal.

Utviklingsplanen skal sikre at ansvar og oppgaver knyttet til barn og unge blir fulgt opp og praktisert i tråd med overordnede føringer og støtte opp under målsettingen «*Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune*» (Helse Møre og Romsdal, 2016). Planen skal være et viktig bidrag til å etablere en felles forståelse av status, utfordringer og behov i forhold til arbeidet for å ivareta barn og unge med behov for koordinerte og samordnede helsetjenester.

## 1.3 Gjennomføring av arbeidet

Arbeidsgruppa har hatt to møter hvor utviklingsplanen for barn og unge har vært tema. Sentrale punkt i planen og enkelt tema har vært diskutert og i etterkant har medlemmer svart ut ulike deler av planen. I tillegg har planutkastet vært drøftet mellom møtene.

### 1.3.1 Mandat og organisering

Mandatet til Klinisk samhandlingsutvalg for barn og unge i Møre og Romsdal er forankret i samhandlingsavtalen mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF (Samhandlingsavtalen, 2015: Delavtale 12. punkt 5).

Utvalget skal arbeide for å:

- Identifisere hvilke tiltak barn og unge med omfattende behov for oppfølging har behov for, og hvordan en kan koordinere disse tiltakene.
- Prioritere hvilke pasientforløp en bør planlegge i fellesskap for å sikre oppfølging av barnet/ungdommen.
- Planlegge implementering av pasientforløp for barn og unge i kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Planlegge nødvendig kompetanseheving knyttet til implementering av pasientforløp.
- Evaluering og oppdatering av pasientforløp.

De nevnte oppgavene i mandatet til klinisk samhandlingsutvalg for barn og unge i Møre og Romsdal kan knyttes opp til mandatet for utviklingsplanen som er å:

- beskrive nå-situasjonen
- utviklingstrekk
- visjon for ønsket tilstand

- identifisere viktige innsatsområder/strategier for å nå ønsket tilstand.
- mål og prioriterte tiltak

### 1.3.2 Medvirkning og aktiviteter

Det har vært brukermedvirkning i planarbeidet og utviklingsplanen vil bli sendt ut på høring. Her vil også nyopprettet ungdomsråd være sentral høringspart.

## 2.0 Nå-situasjonen og utfordringsbildet

### 2.1 Samarbeid om tilbud til barn og ungdom internt i kommuner

*«Brukerne er opptatt av at barn og unge skal få likeverdige og forutsigbare helsetjenester, uavhengig av hvilken bostedskommune barnet har».*  
(Brukerrepresentant).

De ulike kommunale instansene som jobber med å hjelpe et barn, samarbeider ikke i alle tilfeller sammen og instansene er ikke alltid orientert om hverandres arbeid rundt barnet. Dette kan føre til uklart ansvar i forhold til hvem som følger opp hva. Slike utydelige samarbeidsstrukturer reduserer muligheten til å kunne sikre koordinerte og forutsigbare tjenester.

En annen utfordring i kommunehelsetjenesten, er at de ulike tjenestene for barn og unge i kommunene i en del tilfeller har manglende kjennskap til hverandres arbeidsmetoder og hva slags kompetanse de kan tilby. Dette medfører at det er vanskelig å utnytte eksisterende tverrfaglig kompetanse i egen kommune – når det er behov for den.

Det er ikke alltid «en dør ut fra kommunen». I tilfeller hvor det er manglende samarbeid innad i kommuner kan det medføre at det kan bli utfordrende å sørge for tverrfaglig koordinerte henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

En av hovedutfordringene i kommunene er at Samhandlingsreformen har pålagt dem stadig flere oppgaver innenfor helse, og at det er avsatt knappe ressurser til å løse disse nye oppgavene. Samtidig opplever flere kommuner vansker med å rekruttere et tilstrekkelig antall fastleger.

Det er generelt for lite samhandling mellom legene og andre aktører i kommunen. For å sikre at det blir gitt riktige tjenester, en god oppfølging og overgang mellom tjenester, er det viktig at legene er godt informert og involvert i kommunens tjenestetilbud.

## 2.2 Samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom

Det er ikke alltid «en dør inn til spesialisthelsetjenesten». Barn og ungdom har behov for en koordinert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette krever at man utnytter samlet kompetanse i spesialisthelsetjenesten på tvers av fagområder. Spesielt er det viktig å ha kort vei til bistand for barn og ungdom med store sammensatte vansker som har behov for bistand og kompetanse fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom.

Dette kan medføre at det kan være manglende koordinert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten på tvers av fagområder. Brukere og helsepersonell opplever også **uforutsigbare** samarbeidslinjer innad i spesialisthelsetjenesten i overgangen fra barn-ungdom til voksen.

Økte krav til rask utredning og behandling samt ressursknapphet kan føre til begrenset kapasitet til å gi nødvendig veiledning til kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gi veiledning. Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene i og sikre faglig kompetanse slik at de kan løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

*«Barna må involveres mer i arbeidet med opplæring i egen tilstand/ diagnose».  
(Brukerrepresentant).*

## 2.3 Samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om tilbud til barn og ungdom

*«For brukerne er det også viktig at spesialisthelsetjenesten formidler trygghet og bidrar til å sikre videre koordinatoransvar/oppfølgingsansvar i kommunen».  
(Brukerrepresentant)*

### **Det er behov for planlagte møter på systemnivå mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å sikre:**

- kunnskap i kommuner om hvilke føringer og krav som ligger til spesialisthelsetjenesten; hvilke fagområder spesialisthelsetjenesten spesielt skal fokusere på, eller hvilke fagområder spesialisthelsetjenesten ikke kan prioritere.
- kunnskap i spesialisthelsetjenesten om fokus i kommuner, om organisering og samarbeidsmodeller internt i kommuner. Det er som oftest ulik organisering fra kommune til kommune og dette er utfordrende for helseforetaket å forholde seg til.

De nevnte forholdene har betydning for kommunikasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten samt for forståelsen av hverandres roller og ansvar.

## 2.4 Andre utfordringer

- Behov for gjennomgang av prosedyrer og retningslinjer for å sikre samarbeid om utskriving av pasienter fra sykehus til kommunene.
- Det er ikke utviklet tilstrekkelige IKT-løsninger og digital samhandling for oppfølging av barn og unge når de følges opp poliklinisk i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen innen IKT og digital samhandling muliggjør effektiv informasjons-utveksling om pasienter. Flere kommuner har ikke IKT- program som kan sende og motta elektroniske meldinger og epikriser. I spesialisthelsetjenesten er det ikke klare retningslinjer for hvilke kommunale instanser/fagpersoner som skal få kopi av notat/epikriser (det gjelder også informasjon som sendes ut pr. brev). Det må innhentes samtykke fra ungdommen selv og foresatte hvor rapporter og epikriser skal sendes.
- Internt i kommunene er det behov for å avklare hvem som skal ha informasjon om barnet i kommunen. En elektronisk melding fra sykehuset om et barn som har fått poliklinisk vurdering/behandling eller har vært innlagt, går direkte ut til helsestasjon/fastlege og altså ikke via et forvaltningskontor/tildelingskontor slik som det gjør for mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Systemet er også sårbart fordi det er mange fastleger i hver enkelt kommune, og fordi noen barn og unge har fastlege i en annen kommune enn deres egen bostedskommune. Dersom kun fastlegen mottar informasjon fra spesialisthelsetjenesten, kan dette systemet være til hinder for eller forsinke samtidighet i kommunenes hjelpearbeid rundt barn og unge.
- Det bør også etableres lett tilgjengelig Skype-utstyr for å ha god dialog og møter mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom, uten å reise langt for slike møter.
- Behov for styrket samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsforløpene er i ulik grad implementert i kommunene og i helseforetaket.
- Det kan være problematisk dersom tjenester som skal gis i hjemkommunen på forhånd blir «lovet gjennomført» fra spesialisthelsetjenesten (eks IP og støttekontakt). Brukerne må søke om tjenester, og søknaden må, på bakgrunn av lovverk og rettigheter, vurderes/behandles av kommunenes tildelingskontor (forvaltningskontor).
- Behov for å utvikle ytterligere samarbeid om Individuell plan (IP) og bruk av behandlingsplan: Det bør sikres system for at spesialisthelsetjenesten tar aktivt del i arbeidet med IP til barn som er innlagt i sykehus eller til barn som følges opp ved poliklinikk. Pasienter som skal omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten skal få utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og



behandler som revideres ved behov. Behandlingsplan kan inngå som en del av pasientens individuelle plan.

- Barn i barnevernstjenesten er en aktuell utfordringsgruppe. Flere av barnevernstjenestene i Møre og Romsdal har blitt interkommunale. Det er behov for å sikre samhandling mellom helseforetak, bostedskommune og vertskommune for barneverntjenesten.

### 3.0 Overordnede strategier og føringer

En bærekraftig samfunnsutvikling forutsetter en oppvoksende generasjon med god helse. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26:95) viser til at å forebygge, avdekke og avverge sykdom samt å følge opp de barna og ungdommene som sliter, er avgjørende - både for dem det gjelder og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. For å kunne ivareta barn og unge med behov for koordinerte tjenester, er det svært viktig at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten evner å samhandle på tvers av nivå og internt i den enkelte organisasjon. Det er behov for å sikre likeverd i tjenestene og standardisering i pasientforløp.


Styrket pårørendestøtte.

Pårørende er en viktig ressurs både for sine nærmeste og for helse- og omsorgstjenesten. Fra 1.oktober 2017 har pårørende fått en ny og forbedret rettsstilling. Nesten halvparten av de samlede omsorgsoppgavene som ytes brukere er det pårørende som utfører. Denne innsatsen må anerkjennes og støttes. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 samler kommunens ansvar overfor pårørende i en bestemmelse. Bestemmelsen retter seg mot pårørende som har et **særlig tyngende omsorgsarbeid**. Formålet med bestemmelsen er å tydeliggjøre kommunens ansvar overfor pårørende. Her omhandles plikt til å tilby opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgstønning, det som tidligere het omsorgslønn. I tillegg til dette har retten til pleiepenger blitt utvidet.

(Publisert i Veilederen.no, 02.10.2017 ).

I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Helsedirektoratet 2012), ble det lansert en modell til hjelp i slike avklaringsprosesser. (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-IS-2651).

Det er en vektmodell som tar utgangspunkt i pasientens og brukerens behov, og som kan bidra til å klargjøre hvor hovedtyngden av tilbudet bør ligge.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p data-bbox="600 443 871 629">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Samhandlingsavtalens delavtale 2 mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF (2015) har nedfelt føringer for å sikre helhet og sammenheng i tjenestene. I arbeidet med å utvikle avtaleverket som rammeverk, må det sikres at barn og ungdom vert ivaretatt i utviklingen av helhetlige pasientforløp.

Pasient- og brukerrettighetsloven med prioriteringsforskrift og prioriteringsveilederne tildeler primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten et sørge-for-ansvar på individnivå. På systemnivå må ansvarsgrensene avklares gjennom dialog og samarbeid mellom de berørte parter. Uklare grenser i ansvarsforholdet kan føre til at pasienten ikke får nødvendig bistand, derfor er det også avgjørende å ha gode samarbeidsavtaler for å ivareta gråsonene/samhandlingssonene.

Det pågår flere viktige samhandlingsløp: «Mission Possible», «Kvalitet i alle ledd - samordning av hjelpetilbud til barn og unge» og Lavterskeltiltak for gravide og foreldre med rus- og psykiske vansker og med barn i alderen 0-6 år, og «Livsløpsgarantien» - en strategi for samhandling og koordinering i kommunen for å ivareta foreldre til barn og unge med sammensatte og livslange behov. Alle har som formål å ivareta barn og unge.

I Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» 2014-2015 fastslås det at helse og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Det legges opp til satsing på barn og unge både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

I opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) legges det vekt på å gjøre kommunene i stand til å følge opp intensjonene i kommunereformen som vil skape sterke velferdskommuner med økt kompetanse og kapasitet til å ivareta sitt ansvar. Dette er igjen i tråd med Meld. St.11 (2015-2016) Nasjonal helse og sykehusplan og Meld. St.19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Relevante dokumenter er også bl.a. regjeringens handlingsplan for universell utforming og regjeringens strategi for ungdomshelse.

Vi viser ellers til referanser i vedlegg.

## 4.0 Utviklingstrekk og framskriving

### **Fokuset er å skape pasientens helsetjeneste.**

Sentrale føringer er at kommuner skal få økt ansvar for å skape sterke velferdskommuner med økt kompetanse og kapasitet for å ivareta sitt ansvar for oppfølging av barn og unge og deres familier.

Det legges opp til satsing på barn og unge både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er en grunnleggende forutsetning i samhandlingsreformen at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester skal dempes ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. (Rundskriv 1. juli 2013, Helse- og sosialdepartementet).

Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha ansvar for utredning, diagnostisering og behandling der det er behov for mer spisset kompetanse eller samtidig tverrfaglighet utover det man kan forvente at kommune kan tilby.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det og tilrettelegge for tiltak som kan bidra til økt mestring for å informere om og øke pasientens forståelse og mestring av egen sykdom.

Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene i å sikre faglig kompetanse slik at de kan løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kommunens har ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å gi veiledning med begrunnelse i ressurser eller arbeidsbelastning. Veiledning gis til kommunalt personell som har oppfølgings- og/eller behandlingsansvar

for pasienten. Det kan også innebære veiledning til personell utenfor helsetjenesten når dette er nødvendig for å ivareta helsemessige forhold.

## 5.0 Analyse og veivalg

*«Alle barn og ungdommer og deres familier i vårt fylke fortjener et verdig, trygt, forsvarlig og godt tilbud – uansett hvor de bor».*

*«Søsken til alvorlig syke bør få mer fokus og bedre oppfølging.»*

*«Barn som er innlagt i sykehus, skal ikke ligge på voksenavdeling.»*

*(Brukerrepresentanter under innspillskonferansen om utredningen av pediatritilbudet i Helse Møre og Romsdal).*

### 5.1 Kommunene

Vi anbefaler at kommunene sørger **for samlet organisering av tjenestetilbudet til barn og unge**. Felles lokalisering av de ulike hjelpetilbudene samt en organisasjonsmodell der alle tjenestetilbud til barn og unge (også tjenester som ikke dreier seg om helse) er organisert i en felles enhet, vil kunne gjøre det tverrfaglige arbeidet rundt disse brukerne mer effektivt og koordinert.

Ved bekymring for et barn/ungdom har få kommuner etablert gode nok koordinerte tjenester for målgruppen. Det er ofte tilfeldigheter som avgjør at barnet/ungdommen får det riktige tjenestetilbudet og at barn/ungdommen som har flere tjenestetilbud er koordinert. Dette gjelder i stor grad barn som ikke har flere tjenestetilbud innen helse, men som likevel er kompliserte og har andre type tjenestetilbud som har behov for koordinering. Det finnes arbeidsmodeller som ivaretar koordinering mellom ulike tjenester for barn og unge. «Bedre tverrfaglig innsats» er et eksempel på en slik modell.

Når barnet/ ungdommen har behov for langvarig koordinering har alle kommuner en forpliktelse til å benytte koordinerte tjenester der koordinatør har en sentral rolle. Individuell plan og ansvarsgrupper er viktig for å kunne koordinere arbeidet og sikre sømløshet.

Et samlet tjenestetilbud for barn og unge i kommunene med gode rutiner for samarbeid, kan gi bedre henvisninger og dermed kortere henvisningstid samt færre unødige innleggelse/oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Samtidighet i hjelpearbeidet

forutsetter tett dialog mellom alle aktører, og at ingen fraskriver seg ansvaret for barnet eller ungdommen uten å ha sørget for at andre fagpersoner/-instanser følger opp.

I kommunene må man legge til rette for at det satses på oppbygging av kommunale tjenester både kapasitetsmessig og innen kompetanse. Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er:

- At pasient og bruker sitt behov og mål alltid er grunnlaget for teamets arbeid.
- God ledelse.
- Felles verdier og forståelse av begreper.
- At fagpersonell er bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse og kjenner grensene for eget fag opp mot andres.
- At fagpersonene kjenner hverandres faglige styrke og «framsnakker» hverandre.
- Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering.
- At man setter av tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling.

(Helsedirektoratet (2017), høringsutkast: «Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov»).

## 5.2 Spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom må det sikres fokus på likeverdige tjenester til barn og ungdom uavhengig av bosted. Sentralt er:

- Organisering av tilbudet innen barnemedisin i Møre og Romsdal.
- Nyfødtintensiv tilbudet.
- Etablering av intensivt habiliteringstilbud, generell styrking av kapasitet i habiliteringstjenesten og spesifikk styrking av barnelegerressurs i habilitering Nordmøre og Romsdal.
- Økt kapasitet og aktivitet i psykisk helsevern, både i polikliniske og ambulante tjenester og styrking av døgntilbudet.
- Samarbeid mellom instanser i spesialisthelsetjenesten for barn og unge - med god overgang til voksentjenester. Behov for innsatsteam i overgangen? Sømløshet i tjenesten ...
- Koordinert og forutsigbar samhandling med kommunale tjenester. Hva med innsatsteam, ambulante team, tverrfaglig spesialisthelsetjeneste?

### **5.3 Felles for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten**

Barn og ungdom med helseutfordringer får ofte hjelp fra flere tjenester samtidig. Mange opplever at ansvarsfordelingen er uklar. Helhetlige pasientforløp kan bidra til å løse dette.

«Samordning av hjelpetilbud barn og unge» («Kvalitet i alle ledd») er et generelt forløp for samhandling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det ble vektlagt å utvikle koordinerte utrednings- og behandlingslinjer for barn og unge ved å opprette ulike pasientforløp. Ved bruk av dette arbeidsverktøyet bidrar man til bedre tiltak og bedre ”flyt” i samhandlinga mellom familier og instanser både i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Mer informasjon om «Samordning av hjelpetilbud barn og unge» («Kvalitet i alle ledd») og «Mission Possible» finner man i vedlegg 2.

## 6.0 Mål og tiltak

**Mål:** Barn/ungdom med sammensatte behov får riktig hjelp på riktig sted til rett tid – «En vei ut – en vei inn!»

Områder/Mål	Delmål	Tiltak
<p><b>Kommune/ Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <p>Det er etablert gode <i>samhandlingsrutiner</i> mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for barn/ungdom</p>	<p><i>Interkommunale møter med spesialisthelsetjenesten med fokus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nye lover/forskrifter</li> <li>- aktuelle opplæring/Lærings- og mestringstiltak, prioritering/ansvar</li> </ul> <p><i>IKT-samarbeid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- om Individuell plan (IP), koordinator</li> <li>- Skype-kommunikasjon; elektronisk informasjonsutveksling for barn og unge i pasientforløp</li> </ul> <p><i>Drift av klinisk samhandlingsutvalg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles årlig møte med ungdomsråd i HF og brukerorganisasjoner for å diskutere innsatsområder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering av <i>samarbeidsavtale</i> mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, med særlig fokus på å sikre tydelig ansvarsfordeling og koordinering mellom 1. og 2. linjetjeneste.</li> <li>- Etablering av <i>læringsnettverk</i> for å sikre gode samarbeidsmodeller internt i kommuner, og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for barn og ungdom.</li> <li>- Implementering/vedlikehold av «Samordning av hjelpetilbud barn og unge».</li> <li>- «Mission Possible».</li> <li>- «Lavterskeltiltak - mor med rus og psykiske helseplager, barn 0-6 år».</li> <li>- Vurdere å etablere innsatsteam ut fra behov</li> </ul>

<p><b>Kommunenivå:</b></p> <p>Kommunale fagområder for barn og unge har etablert god intern kommunikasjon og samarbeidsrutiner som sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utnyttelse av samlet kompetanse i kommunen for å gi koordinert hjelp til barn/ungdom med sammensatte behov</li> <li>- «en dør ut» fra kommunenivå (koordinerte henvisninger til spesialisthelsetjenesten)</li> <li>- «riktig dør inn» fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunen tildelingskontor/koordinerende enhet</li> <li>- samorganisering av tjenester (tverrfaglig) rundt barn og unge</li> </ul>	<p>Kommuner har en intern gjennomgang av egne samarbeids-strukturer og vurderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kjennskap til hverandres tjenester for barn og unge i kommunen</li> <li>- behov for tydeligere samarbeidsstrukturer for å sikre koordinerte, forutsigbare tjenester, kontinuitet i tjenester og utnyttelse av eksisterende tverrfaglig kompetanse i egen kommune når det er behov for det</li> <li>-utvikling av koordinerende enhet i kommunene særlig med omsyn til arbeidet med barn og unge</li> <li>- vurdere behov for kompetanseheving ved "kunnskaps-hull"</li> <li>- identifisere behov</li> <li>- sikre tverrfaglig koordinerte henvisninger til spesialisthelsetjenesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deltakelse i læringsnettverk?</li> <li>- deltakelse i Mission Possible?</li> <li>- implementering av «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge»?</li> <li>- etablering av lett tilgjengelig Skype-utstyr for dialog med andre kommuner/spesialisthelsetjenesten</li> <li>- fastlegens rolle</li> </ul>
---	--	--



<p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barnemedisin, psykisk helsevern og habilitering barn og ungdom har etablert god intern kommunikasjon og samarbeidsrutiner som sikrer:</li> <li>- koordinert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom</li> </ul>	<p>Sikre god ivaretagelse av barn og unge i overganger mellom ulike fagområder ved å utforme tydelige retningslinjer som ivaretar denne målsettingen.</p>	<p>Opprette arbeidsgruppe på tvers av fagområdene som utvikler retningslinje for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ivaretagelse av kommunikasjon innad i spesialisthelsetjenesten barn og unge.</li> <li>2. Sikre felles forståelse og ivaretagelse av komplekse kliniske problemstillinger som krever tydelig kommunikasjon med lokale samarbeidspartnere og pasient/foresatte.</li> <li>3. Sikre gode overføringsrutiner for pasienter som har behov for oppfølging etter 18 år.</li> </ol>
---	---	--

### Mer om læringsnettverk:

<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/Barn-og-unge/verktoy-og-metoder-for-a-sikre-god-samhandling>

## 7.0 Konklusjoner og prioriteringer

For å kunne sikre forsvarlig og god helsetjeneste for barn og ungdom i Møre og Romsdal, er det viktig å sikre forutsigbare samarbeidsformer, både mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og innad i kommunene og helseforetaket. Det er viktig at samarbeidet er tydelig, forpliktende og ledelsesforankret. Under har vi oppsummert tre innsatsområder som i særlig grad vil være nødvendig for å nå målet om å skape helhetlige, likeverdige og gode helsetjenester for alle barn og unge i Møre og Romsdal.

1. God kvalitet på **samhandling** mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom.
  - Etablering av læringsnettverk med representasjon fra kommuner fra Sunnmøre, Romsdal, Nordmøre med fokus på samarbeid/samhandling:
    - internt i kommuner
    - internt i spesialisthelsetjenesten
  - Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
    - implementering av «Samordning av hjelpetilbud barn og unge» og «Mission Possible». Samhandling må være ledelsesforankret med krav til handlingsplan for implementering.

2. Behov for **egen samhandlingsavtale** med fokus barn og unge mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal.  
(Se eksempel – vedlegg 5: *Retningslinje for; Samarbeid mellom St. Olavs Hospital og samarbeidskommunene om koordinerte tjenester til barn .....*).
3. Etablering av faste **møtepunkter på ledernivå** mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom. Fokus på møtene vil være å sikre felles forståelse for hverandres innsats/arbeid, tenkning rundt pasientforløp, identifisere «knirkepunkt» mellom systemene, informere om nye trender i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

## Vedlegg:

### Vedlegg 1. Referanser

- Helse Møre og Romsdal HF.(2015): Samhandlingsavtale mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF. <https://helse-mr.no/Documents/Samhandlingsavtale%202015%20.pdf>
- Helse Møre og Romsdal HF.(2016): Oppdragsbeskrivelse for etablering og drift av lavterskeltilbud for gravide og foreldre med rus og psykiske vansker og med barn i alderen 0-6 år.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016): Samhandlingsstrategi Møre og Romsdal 2016-2018. <https://helsemr.no/Documents/Samhandlingsstrategi%20M%c3%b8re%20og%20Romsdal%202016-2018.pdf>
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016): 2016-09-02 – Protokoll Overordna samhandlingsutvalsmøte <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/samhandl-utval/Sakspapirer/2016-02-09%20-%20%20Protokoll%20-%20Overordna%20samhandlingsutvalsmøte.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet.(2016): Opptappingsplan habilitering/rehabilitering 2017-2019. Særtrykk til Prop.1 S (2016-2017). <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptrappingsplanRehabilitering.pdf>
- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m Sandvold, C. C., Moldesæter, R. (2012): Masteroppgave - Bruk av nettbasert individuell plan fra planeier sitt perspektiv
- Skrove, G.K., og Bachmann, K.(2016): *Kvalitet i alle ledd Samordning av hjelpetilbud til barn og unge*. <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/helse--utdanning/1606-kvalitet-i-alle-ledd-samordning-av-hjelpetilbud-til-barn-og-unge/1239/3044/>
- St.meld.nr.11. (2016-2019): Nasjonal helse- og sykehusplan
- St.meld.nr.26. (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

### Lov og forskrifter:

- Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

### Nasjonale faglige retningslinjer:

- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. IS-2582
- Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. IS-1734
- Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn. IS-1419

- Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. IS-2057
- Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. IS-1736
- Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons – og skolehelsetjenesten. IS-1736.
- Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder. IS-1876
- Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (under utarbeiding)

### **Sentrale rundskriv og veiledere**

- Veileder om barn og unge med habiliteringsbehov, IS-2396

## **Vedlegg 2: Beskrivelse av tema/prosjekt som er i gang mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste med fokus barn og ungdom.**

### **«Samordning av hjelpetilbud til barn og unge» (« Kvalitet i alle ledd»)**

Prosjektet Kvalitet i alle ledd – samordning av hjelpetilbud til barn og unge har vært et samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal og kommunane Averøy, Fræna, Molde og Smøla. Målet med dette arbeidet har vært å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommune og spesialisthelsetjenesten, slik at barn med sammensatte vanskar og behov får så god og samordnet hjelp som mulig. Det er laget pasientforløp og retningslinjer for samarbeid som kan utvides og utvikles til alle kommunane i fylket.

Møreforskning har gjennomført følgeforskning av prosjektet på oppdrag av Helse Møre og Romsdal HF. En rapport som gjennomgår funn frå følgeforskningen viser til at det var en positiv holdning til selve forløpet, men samtidig ble det vist til at det kritiske punktet i prosessen framover er den kontekstuelle tilretteleggingen for videre implementering av forløpet og hvem som skal ha ansvaret for at forløpet implementeres i praksis (Skrove og Bachmann, 2016).

### **Mission Possible**

Mission Possible (MP) er en felles satsing for å styrke tidlig, rett og koordinert hjelp til barn i risiko. Aktørene er Helse Møre og Romsdal, Bufetat, Politiet og kommunane på Sunnmøre. Målsettingen for MP er å styrke evne og vilje til samhandling på tvers - for å gi tidlig, rett og koordinert hjelp til barn i risiko.

En så tidlig utfordring med å få etater og aktører til å arbeide enhetlig og har i flere år jobbet systematisk med å utvikle ei arbeids- og ledelsesform som skal sikre barn og unge tidlig, rett og koordinert hjelp. MP er en innovativ arbeidsform som har som mål å styrke aktørene sin samhandlingskapabilitet gjennom målrettet samkjørt ledelse. MP arbeider med å danne «operative nettverk» på tvers av sektorer, organisasjoner og nivå.

IRIS og NTNU, med finansiering av regionale Forskningsfond Midt-Norge, har gjennomført en evaluering av arbeidsmetoden. Her konkluderes det bl.a. med at MP har ført til felles målforståelse, felles visjoner og felles rutiner. Rapporten konkluderer med at målsettingen for MP, nettopp evne og vilje til samhandling blant aktørane er i stor grad blitt styrket.

## **Livsløpsgarantien**

Livsløpsgarantien bygger på foreldre sitt uttrykte behov for en garanti om at tjenestene i kommunen er satt i system, og at systemet arbeider på vegne av bruker. Hjelpeapparatet må være beredt når et barn med utviklingshemning blir født. Systemet skal bidra til å ivareta alle overganger og fungere gjennom alle livsfaser og skal bidra til behovsdrevet tjenestedesign. Fokuset er hvordan vi kan bygge en sammenhengende omsorgskorridor fra første dag - pasientflyt. Her er koordinering og samhandling kjerneoppgaver for å få dette til. Etablering av koordinatorskolen og oppstart av elektronisk individuell plan er et ledd i å sikre sømløshet. Koordinatorskolen skal bidra til å skolere og kvalifisere dyktige koordinatorene. Samhandling mellom helseforetak og kommuner blir også viktigere fremover.

Ålesund kommune utarbeidet i 2012 en «Livsløpsgaranti», og skal fremover arbeide aktivt for at garantien, særlig for personer med utviklingshemning og andre med særskilte behov, blir implementert. Livsløpsgarantien skal sørge for at kommunen ivaretar den enkeltes behov for tjenester gjennom alle livsfaser, og at systemet arbeider på vegne av bruker. Hjelpeapparatet må være beredt når for eksempel et barn med utviklingshemning blir født. Systemet må ivareta alle overganger og fungere gjennom alle livsfaser. Foreldre har beskrevet at første fase i livsløpet er en kritisk og særlig viktig fase. Livsløpsgarantien bygger på tenkning av pasientflyt der systemet skal fungere sømløst, særlig i overganger. Innad i systemet skal kommunen ha synlige og tydelige og klare retningslinjer for hvem som gjør hva, hvor foreldre og brukere kan henvende seg, og hva en kan forvente av hjelpeapparatet. Koordinerende enhet har en sentral funksjon i dette arbeidet og skolerte koordinatorene skal bidra til at barn og unge og deres foreldre opplever at systemet ivaretar deres behov.

## **Nettbasert individuell plan (IP)**

Det er lovbestemt at brukere med behov for koordinerte tjenester har en rett på å få utarbeidet en IP om de ønsker det. Kommunen må da sørge for å opprette en plan hvis bruker oppfyller retten til plan. Bruker (planeier) må samtykke til planen. En del kommuner har eit nettbasert system for oppretting og oppfølging av IP, som ivaretar gjeldende lover og forskrifter i forhold til brukers rettigheter, tenesteyterne sine plikter og krav til innhold i en IP. Nettbasert IP gir tilgang til planen for planeier, plankoordinator og plandeltakerne via internett. Sikkerheten er ivaretatt

og løsningene som er utarbeidet, er vurdert av datatilsynet. Elektronisk individuell plan skal være en levende og dynamisk plan. Intensjonen med en IP er at dette skal bidra til koordinering og samhandling om tjenester, og tiltak for å nå de mål som er satt. Det er med bruker i sentrum vi som støtteapparat skal bidra samhandling og koordinering gjennom bruk av individuell plan. Innen IKT er bruk av nettbasert individuell plan utvikla slik at både planeigar, plankoordinator og plandeltakarar kan ha tilgang via internett. Det pr i dag utvikla to system for nettbasert individuell plan på det norske markedet, og flere er under utvikling.

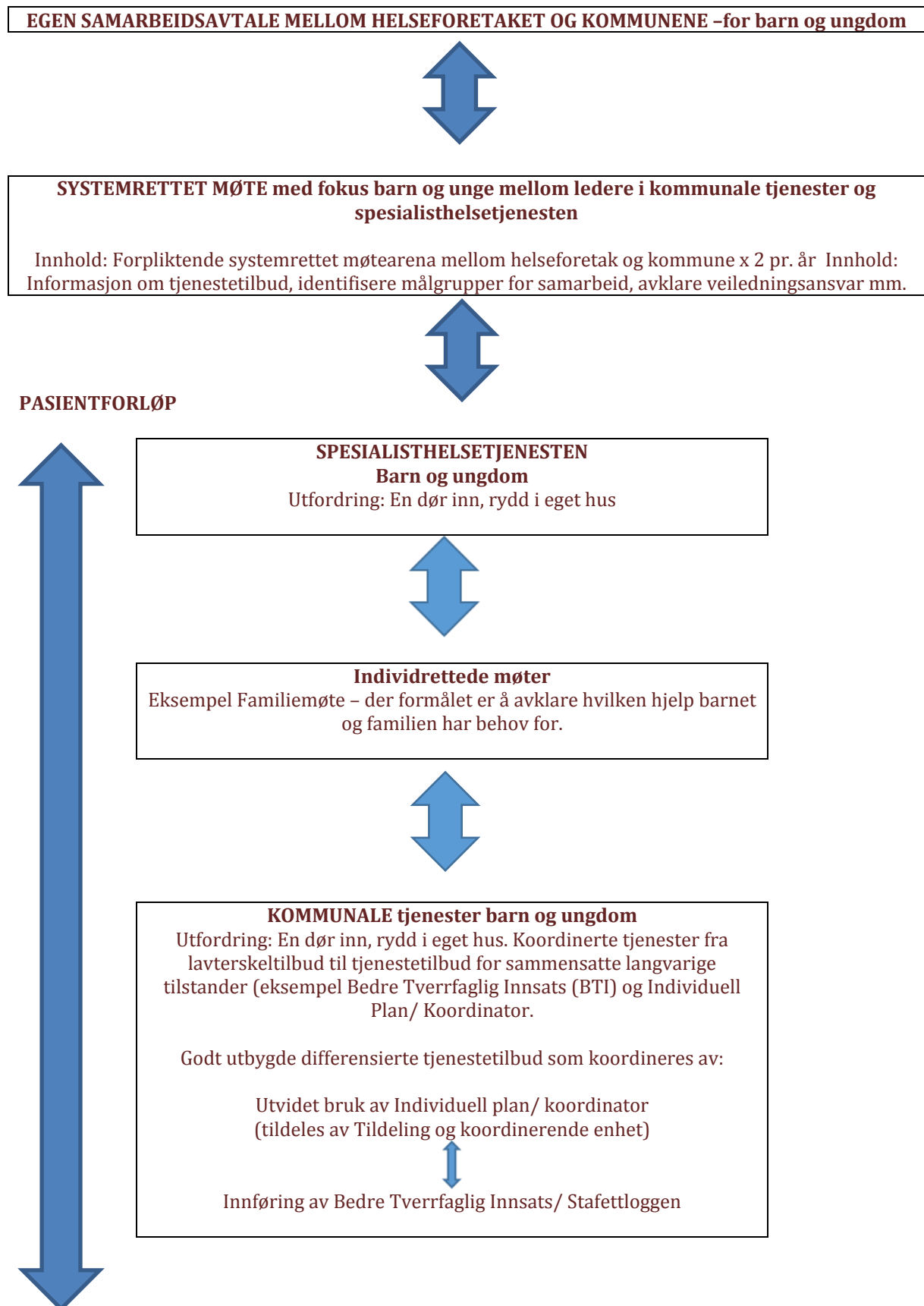
### **Tverrfaglig helsestasjon**

Tverrfaglig helsestasjon (TH) er et utvidet helsestasjonstilbud og en del av Kristiansund kommunens forebyggende arbeid rettet mot risikoutsatte gravide, barn i førskolealder og deres familier, og som har behov for tverrfaglig tilrettelagte tjenester.

### **Barneblikk**

Barneblikk er ett utviklingsarbeid i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Familieteam er foreløpig under planlegging i Ålesund og Molde. Kristiansund kommune har allerede opprettet Tverrfaglig helsestasjon som er tilnærmet et familieteam, men vil være med i utviklingsarbeidet til Barneblikk.

## Vedlegg 3. Samarbeid/Samhandlingsmodell



## Vedlegg 4. Tema som har vært diskutert i utviklingsarbeidet

- Veiledningsplikt og opplæring: Legge til rette for at fagpersoner som jobber med barn og unge i kommunene, kan få hospitere ved BUP, barnehabiliteringstjenesten og barnevavdelingene. Det er også ønskelig at fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten (ambulerende team fra BUP og barnehabilitering) har faste dager der de treffer barn og unge, deres familier og fagpersoner i kommunene og på den måten bidrar med opplæring. Dette kan for eksempel være barneleger som har utedager i kommunene. De kan da bidra med opplæring av fastlege og helsesøstre og samtidig treffe barn og unge med helseutfordringer i kommunene. (Områpediatri). Et annet eksempel er ambulerende team som også består av fagpersoner fra kommunehelsetjenesten, og at disse sammen drar hjem til bruker.
- Prosedyrer/standardiserte pasientforløp for konkrete diagnoser som gjelder for både kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste eks ved astma.
- Flytskjema for henvisninger eks ved epilepsi.
- Kveldspoliklinikk for barn og unge ved barneavdelingene.
- Samlokalisering mellom BUP og pediatri.
- Definere pasientgrupper som trenger mer og og grupper som trenger færre pediatriske ressurser. Etablere en mulighet for at fastleger kan ta enkelte pasientforløp istedet for barnelegene (spesialisthelsetjenesten) eks barn med astma.
- Kompetanse/fagressurser bør økes i kommunen. Omfordeling av ressurser etter modeller som fungerer.
- Kan flere polikliniske oppgaver/samtaler utføres i kommunen? Hjemme eller i barnehage/skole?
- Ansette barnelege i kommunene (frå barnehabiliteringen, poliklinisk, privat?),
- Bruk av telemedisin, hjemmeovervåkning, velferdsteknologi
- Det pågår lærings- og mestringstiltak på tvers av nivå knytt til barn og unge. Det er behov for å utvikle og prioritere kva for tiltak som skal settast i gang. Brukarane trenger informasjon om kva kommunen kan tilby i denne sammenhengen og deretter kan brukerne definere kva de har behov for. Eit viktig spørsmål er kva som skal skje i kommunane, i spesialisthelsetjenesta og kva kan vi gjere saman?
- Felles helseplattform som er under utarbeiding vil også kunne gi bedre rom for samarbeid og samhandling.
- Brukermedvirkning er sentralt. Hvordan legge til rette for det?
- Brukere/foreldre stiller store krav og forventninger til tjenestene og behandling. Finner om mulige prosjekt/forsking og vil ha dette også for sitt barn... Dette stiller store krav både til spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Kommunen skal jobbe med lavterskel og tidlig intervensjon. Terskel for når barn og unge henvises til BUP har økt.
- Utfordringer rundt minoriteter/flyktninger. Opplæring av foreldre/informasjon til barn via tolk er utfordrende. Vanskelig å sikre hva de forstår.



## **Vedlegg 5. Retningslinje for Samarbeid mellom St. Olavs Hospital og samarbeids-kommunene om koordinerte tjenester til barn som trenger det på grunn av sykdom, psykiske vansker eller annen funksjonsnedsettelse.**

### **1. Omfang**

Retningslinjen gjelder for kommunene i Orkdalsregionen, Fjellregionen, Fosen, Værnesregionen og Trondheimsregionen, som har samarbeidsavtale med St. Olavs hospital og for St. Olavs Hospital ved Barne- og ungdomsklinikken, herunder Habiliteringstjenesten for barn, og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. I tillegg gjelder den for andre avdelinger der barn 0-18 år får utredning eller behandling.

### **2. Hensikt**

Hensikten med retningslinjen er å sikre barn koordinert hjelp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når:

- spesialisthelsetjenesten vurderer at det er behov for sammensatte tjenester fra kommunen.
- kommunen vurderer at det er behov for tverrfaglig utredning, oppfølging og eventuelt behandling i spesialisthelsetjenesten

### **3. Bakgrunn**

Retningslinjen skal sikre en struktur for samarbeid på individnivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Pasienten skal møte et helsevesen som preges av rask ansvarsavklaring, tydelig oppgavefordeling og ensartet opptreden, og dermed oppleve et sammenhengende tjenestetilbud.

*Styrende dokumenter:*

Forvaltningsloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Helse- og omsorgstjenesteloven, Opplæringslova, Helse- og omsorgstjenesteloven, Barnevernloven og Helsepersonelloven.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, Forskrift om fastlegeordning i kommunene, Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, Overordnet samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital og kommunene og Tjenesteavtalene for den enkelte kommune.

*Relaterte dokumenter:*

Prioriteringsveiledere med veiledertabeller, for temaene - Barnesykdommer, Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Psykisk helsevern for barn og unge.

<http://www.helsedirektoratet.no/sider/alt-innhold.aspx?Tema=92c3bf00-c0d3-4433-849f-e078bd3b8730>

#### 4. Ansvar

Koordineringsarbeid er i utgangspunktet et tverrfaglig ansvar og skal sikre at tjenestene ytes forsvarlig. Alt fagpersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunen som samarbeider rundt barn med behov for koordinerte tjenester, skal i sin tjenesteyting følge retningslinjen. I tillegg til helsepersonell gjelder den også for personell knyttet til kommunens opplæringssektor (skole, barnehage og PPT) og den kommunale barnevernstjenesten.

#### 5. Definisjoner

**Barn** brukes her som betegnelse for personer opp til 18 år.

**Foresatte** brukes her om de som har omsorgen for barnet.

**Spesialisthelsetjenesten** brukes her om St. Olavs Hospital ved somatiske avdelinger, Habiliteringstjenesten for barn (Trondsletten Habiliteringssenter) og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk.

**Habilitering og rehabilitering** er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til barnets egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

**Koordinert hjelp** kan være aktuelt når barnet har sammensatte vansker og behov for tiltak fra flere instanser, har behov for og ønsker individuell plan for koordinering og oversiktlig bistand, eller har mulighet til å vedlikeholde eller bedre livssituasjonen gjennom tiltak rettet mot to eller flere områder. Dette kan gjelde helsetilstand, funksjonsnivå, aktiv deltakelse på ulike livsområder og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser.

#### **Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Enhetenes rolle skal være å ha god oversikt over tilbud som finnes og være kontaktpunkt for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

( Se «Forskrift om habilitering, og rehabilitering, individuell plan og koordinator» §§6 og 11).

**Utskrivningsklar** Behandlingsansvarlig lege/psykolog avgjør når pasienten ikke lenger har behov for utredning og behandling i sykehusavdeling.

Utskrivning av pasienter med behov for sammensatte tjenester krever en utvidet vurdering og skal skje i samarbeid med kommunen før avgjørelser tas mht. forutsetninger og dato for utskrivning.

For at pasienten skal være utskrivningsklar fra avdelingen, må følgende være avklart tverrfaglig:

- Utredning og behandling skal være tilfredsstillende både for de tilstander som førte til innleggelse og for eventuelle komplikasjoner som følge av disse og eventuelle tilleggsdiagnoser.
- Behandling som skal videreføres av kommunehelsetjenesten, skal være initiert.

- Hjelpemidler som er nødvendige for at pasienten skal kunne utskrives fra sykehuset, er skaffet til veie, og nødvendig tilrettelegging er gjort.
- Det skal være vurdert om barnet kan ha behov for individuell plan.
- Foresatte/pasient har fått nødvendig opplæring og opplever tilstrekkelig trygghet med tanke på utskrivingen.
- Tilstrekkelig kompetanse til igangsetting av avtalt tjeneste må være på plass i kommunen.

## 6. Arbeidsbeskrivelser

### **Henvisning til spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig utredning, behandling eller oppfølging**

Lege er henviser til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen må beskrive problemstilling som ønskes utredet. Henvisningen må inneholde en vurdering av barnets helsetilstand og konklusjon fra legeundersøkelse. Det gis informasjon om barnet har Individuell Plan eller koordinator/kontaktperson i kommunen.

Henvisningen må skje i samarbeid med foresatte.

Det skal også vedlegges dokumentasjon over kartlagte vansker og evaluering av utprøvde tiltak fra involverte instanser i kommunen, særlig ved henvisninger til Habiliteringstjenesten og til Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. For små barn under 3 år, og alle barn der det er indikasjoner på alvorlige tilstander eller tidsfaktoren vurderes å kunne gi tilleggsvansker, skal henvisningen håndteres, selv om det skulle mangle tverrfaglig dokumentasjon.

Henvisningen sendes St. Olavs Hospital henholdsvis ved Barne- og ungdomsklinikken, Trondsletten Habiliteringssenter eller Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Mottagende instans vurderer hvor mest adekvat hjelp kan bli gitt i spesialisthelsetjenesten. Barnets foresatte får brev med kopi til henvisende instanser om hvor og når vurdering kan forventes, inklusive eventuell behandlingsgaranti.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner foreligger en plikt til vurdering av BUP etter Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 1-d. Dette kan unntaksvis gi grunnlag for hastehenvisning uten å benytte lege.

Andre unntak fra regel om at lege skal være henviser, krever unntaksbestemmelse utenom denne retningslinjen (prøveprosjekt o.l.).

LENKE til

Henvisningsskjema barnehabilitering kan lastes ned her:

<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Barn-og-ungdom/Trondsletten-Habiliteringssenter/96429/>

Henvisningsskjema BUP kan lastes ned her:

<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Barne--og-ungdomspsykiatri/90539/>

## Kontakt

### ETTER TVERRFAGLIG UTREDNING ELLER POLIKLINISK BEHANDLING

#### i spesialisthelsetjenesten

**Kontakt for oppfølging fra én kommunal fagtjeneste** Spesialisthelsetjenesten sender henvendelse til den aktuelle kommunale tjenesten. Dersom det haster med å iverksette tiltak, tas det kontakt også muntlig. Mottaker skal ta muntlig kontakt med, eller sende brev til, foresatte og til henviser snarest og innen 3 uker om når hjelp kan settes i gang. Koordinerende enhet i kommunen involveres ved behov.

**Trengs det oppfølging fra flere instanser i kommunen**, tar barnets kontaktperson i spesialisthelsetjenesten kontakt med koordinerende enhet i kommunen og gir nødvendig muntlig og skriftlig informasjon.

Dersom barnet ikke fra før har Individuell plan (IP) skal det vurderes om det kan være behov for dette. Foresatte eller ungdommen skal da orienteres om innhold og retten til IP. Det skal klargjøres om dette ønskes og kommunen orienteres om dette.

Det avtales samarbeidsmøte ved behov. Koordinator/kontaktperson i kommunen plikter å møte til avtalt samarbeidsmøte. Foresatte og fastlege innkalles alltid. Barnet deltar der det anses formålstjenlig. Andre aktuelle samarbeidspartnere inviteres etter avklaring med foresatte/barnet.

Aktuelle punkter for avklaring på møtet er;

- Diagnose – Hvilke utredninger/vurderinger er gjort.
- Prognose og forventet utvikling.
- Behov hos foreldre og søsken
- Funksjonsbeskrivelse og hjelpebehov - antatt behov for nye eller økte tjenester.
- Behov for videre kartlegging og vurderinger.
- Behov for opplæring/veiledning i kommunen.
- Behov for koordinert hjelp (re/habilitering) og individuell plan.
- Ansvarsavklaring – hvem gjør hva, i forhold til behandling, oppfølging og individuell plan avklares mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, barnet og foresatte.
- Navngi koordinator/ kontaktperson både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

## Kontakt

### FØR UTSKRIVNING FRA SENGEAVDELING

Avdelingen er ansvarlig for å ta kontakt med kommunens koordinerende enhet så snart det er klart at barnet vil få behov for koordinerte tjenester, helst i god tid **før** utskrivning av barnet er aktuelt. Kommunen skal gis oversikt over mulige tjenestebehov for å ha tid til å planlegge koordinerte tjenester.

Dersom barnet ikke fra før har Individuell plan (IP) skal det vurderes om det kan være behov for dette. Foresatte eller ungdommen skal da orienteres om innhold og retten til IP. Det skal klargjøres om dette ønskes og kommunen orienteres om dette.

Det tilstrebes også at avdelingens behandlingsansvarlig lege/psykolog er i direkte kontakt med pasientens fastlege i denne delen av forløpet. Dette skal sikre at medisinsk ansvar og legenes oppgaver i den videre behandlingen og oppfølging av pasienten blir avklart så tydelig som mulig.

### **Samarbeid om utskriving.**

Det tas **på nytt** kontakt med kommunens koordinerende enhet når avdelingen mener at tid for utskriving nærmer seg. Hensikten med kontakten er i samråd med pasient/foresatt og kommunen å planlegge utskrivingen og sikre koordinert hjelp. Avdelingen kaller da inn til Samarbeidsmøte om utskriving.

Avklaring med kommunen skal skje innen 5 virkedager fra sykehuset tar kontakt. Enten møter kommunen til et møte med avdeling og pasient, eller det gjøres en avklaring per telefon om oppfølgingsbehov i kommunen.

Partene stiller med personer som har myndighet til å gjøre avtale om tjenester på vegne av spesialisthelsetjenesten og kommunen. Fastlege skal innkalles til møtet. Det enkelte barnet skal ha en kontaktperson både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen som skal delta på møtet. Møtetidspunkt bør tilpasses slik at alle de aktuelle personer kan møte, med prioritet etter hastegrad. .

På avklarende møter om tjenesteytingen deltar foresatte og eventuelt barnet, spesialisthelsetjeneste og bistandsyttere i kommunen.

Det er ekstra viktig å iverksette ovenfor nevnte samarbeid så raskt som mulig når det er snakk om sykehusinnleggelse grunnet øyeblikkelig hjelp behov for barnet/ungdommen, hvor man ser behovet av at kommunale tjenester må på plass ved en utskriving. Dersom man etter kort tid vurderer at innleggelse i sykehus ikke er nødvendig i forhold til barnets/ungdommens helsetilstand lenger, må man straks man ser behovet for kommunale tjenester, ta kontakt vedrørende dette og tilstrebe og få til et drøftingsmøte raskt. Avdelingens behandlingsansvarlige lege/psykolog eller andre fra avdelinga, skal ta kontakt med kommunens koordinerende enhet.

Aktuelle punkter for avklaring på møtet er;

- Diagnose – Hvilke utredninger/vurderinger er gjort.
- Prognose og forventet utvikling.
- Behov hos foreldre og søsken
- Funksjonsbeskrivelse og hjelpebehov - antatt behov for nye eller økte tjenester.
- Behov for videre kartlegging og vurderinger.
- Behov for opplæring/veiledning i kommunen.
- Behov for koordinert hjelp (re/habilitering) og individuell plan.
- Ansvarsavklaring – hvem gjør hva, i forhold til behandling, oppfølging og individuell plan avklares mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, barnet og foresatte.
- Navngi koordinator/ kontaktperson både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

På møtet skal det fylles ut avtalenotat (se vedlegg under). Avtalenotatet skal beskrive hvem som gjør hva og når tiltakene skal iverksettes, samt dato for utskriving. Avtalen signeres av avdelingen og kommunen og det tas kopi til begge parter, samt foresatte/barnet.

Spesialisthelsetjenesten har anledning til å kreve betaling fra kommunen dersom pasienten må være innlagt etter avtalt utskrivingsdato i påvente av kommunale tjenester, jfr. forskrift som omhandler utskrivningsklare pasienter.

## **Dokumentasjon**

Epikrise og poliklinikknotat fra Barne- og ungdomsklinikken og fra Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk skal som hovedregel sendes henvisende instans/fastlege, innen 7 dager etter fullført utredning og/eller behandling. (Lenke EQS-prosedyre)

Opplysninger som er avgjørende å få formidlet, skal sendes med pasienten.

Større, tverrfaglige rapporter etter utredning sendes foresatte og øvrige aktuelle samarbeidspartnere innen 1 mnd etter samarbeidsmøtet.

Når andre enn henvisende instans/fastlege skal få epikrise og/eller rapport, avklares dette med pasienten (hvis over 16 år), eller de foresatte som gir samtykke på vegne av sitt barn. Barn mellom 12 og 16 år skal høres i denne sammenheng.

Det forutsettes at fastlege tar kontakt (skriftlig eller muntlig) med behandlingsansvarlig lege/psykolog ved St. Olavs Hospital ved behov for endringer i medisinsk behandling eller ved spørsmål og innspill knyttet til felles oppfølging.

## **7. Ved uenighet eller brudd på retningslinjene**

Brudd på retningslinjene anses som avvik. Partene skal benytte avviks/uenighetskjema fra egen organisasjon. Disse sendes St.Olavs hospital, sekretariatet, for videre behandling i Faglig samarbeidsutvalg for barn og ungdom.

For ansatte ved St. Olavs hospital vises til uenighetsprotokoll på hjemmesiden til St.Olavs.

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/Sider/Virksomhetsportalen.aspx>

### **Både avviksmeldinger og uenighetsprotokoller sendes til:**

St. Olavs Hospital, Sekretariatet, Postboks 3250 Sluppen, 7006 Trondheim

## **8. Iverksetting, evaluering og revidering av retningslinjene**

Retningslinjen er en revisjon av retningslinje med samme navn.

Retningslinjene er godkjent av Administrativt Samarbeidsutvalg og gjelder fra 2009, revidert i 2014. Retningslinjene er lagt ut på <http://www.stolav.no/no/Fagfolk/Samhandling/Avtaler-og-retningslinjer/Faglige-retningslinjer/121162/>

Retningslinjene evalueres etter 3 års erfaring, eventuelt før dersom en ser at det må gjøres forandringer. «Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge, svangerskap, fødsel og barsel» har ansvar for at retningslinjene revideres. Vesentlige endringer forutsettes behandlet i Administrativt samarbeidsutvalg.

**Vedlegg 1. Forslag til avtalenotat ut fra  
Retningslinjer for  
Samhandling mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene i Sør-Trøndelag  
om koordinerte tjenester til barn som trenger det på grunn av sykdom,  
psykiske vansker eller annen funksjonsnedsettelse**

**AVTALENOTAT**

<b>Møte vedrørende:</b>	
<b>Møtested:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Tilstede på møtet:</b>	
<p><b>Oppsummering:</b> Aktuelle punkter for avklaring på møtet er;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose – Hvilke utredninger/vurderinger er gjort.</li> <li>• Prognose og forventet utvikling.</li> <li>• Behov hos foreldre og søsken</li> <li>• Funksjonsbeskrivelse og hjelpebehov - antatt behov for nye eller økte tjenester.</li> <li>• Behov for videre kartlegging og vurderinger.</li> <li>• Behov for opplæring/veiledning i kommunen.</li> <li>• Behov for koordinert hjelp (habilitering) og individuell plan.</li> <li>• Ansvarsavklaring – hvem gjør hva i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, barn og foresatte, i forhold til behandling, oppfølging og individuell plan. Navngi koordinator/kontaktperson både i kommunen og i sykehuset.</li> </ul>	
<b>Sign:</b>	<b>Sign:</b>
For ..... kommune Tlf.	For St. Olavs Hospital HF, avd. ..... Tlf.
Underskrevet original til foresatt. Kopi til kommunen og sykehuset	