

Retningslinje for **Samarbeid mellom St. Olavs Hospital og samarbeidskommunene 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 tilleggsmålinger.
- 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 utskrivningen.
- Tilstrekkelig kompetanse til igangsetting av avtalt tjeneste må være på plass i kommunen.

6. Arbeidsbeskrivelser

Henvvisning 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 utprøvede 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 hastehenvvisning uten å benytte lege.

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

LENKE til

Henvisingsskjema barnehabilitering kan lastes ned her

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

Henvisingsskjema 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 fagteneste 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 utskrivning.

Det tas **på nytt** kontakt med kommunens koordinerende enhet når avdelingen mener at tid for utskrivning nærmer seg. Hensikten med kontakten er i samråd med pasient/foresatt og kommunen å planlegge utskrivningen og sikre koordinert hjelp.

Avdelingen kaller da inn til Samarbeidsmøte om utskrivning.

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 utskrivelse. 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 utskrivning. 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 hospital

<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

Møte vedrørende:	
Møtested:	Dato:
Tilstede på møtet:	
<p>Oppsummering: Aktuelle punkter for avklaring på møtet er;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (habilitering) og individuell plan. • 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. 	
Sign:	Sign:
For kommune Tlf.	For St. Olavs Hospital HF, avd. Tlf.
Underskrevet original til foresatt. Kopi til kommunen og sykehuset	