

Retningslinje 12 Barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivå

Denne retningslinjen tilhører samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene i Telemark og Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF). Retningslinjen gjentar ikke de områdene som er omtalt i samarbeidsavtalen.

1 Formål

Retningslinjen skal sikre at tjenesten er helhetlige og koordinerte på tvers av forvaltningsnivå, og gir trygge pasientoverganger til barn og unge med sammensatte tilstander.

2 Målgruppe

Ledere og ansatte i kommunene og STHF som gir tjeneste til denne pasientgruppen.

3 Ansvarsforhold og finansiering

Kommuner og STHF har ulike roller og ansvarsområder i oppfølgingen av barn og unge, dette spesifiseres videre i denne retningslinjen. Med mindre partnerne avtaler noe annet, bærer hver part utgiftene innenfor sitt ansvarsområde.

4 Begrepsavklaring

- **Barn og unge** brukes i denne retningslinjen som betegnelse for personer opp til 18 år, kan i enkelte tilfeller gjelde unge voksne opp til 25 år.
- **Foresatte** brukes her om de som har daglig omsorgen for barnet.
- **Samordningsplikt** gjelder når tjenestene har plikt til å samarbeide på individ nivå, dvs. i de tilfeller der det er nødvendig at tjenesten samarbeider for at barnet/den unge skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.
- **Koordinator** er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, samt framdrift i arbeide med individuell plan [Lenk til retningslinje 2](#)
- **Barnekoordinator** skal samarbeide om tjenester til familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.
- **Barnevernansvarlig** - STHF har funksjonen barnevernansvarlig innen psykisk helsevern for barn og unge, for å ivareta samarbeid med barneverninstitusjoner. Funksjonen lagt til Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP).
- **Forløpskoordinator kommune og STHF** - Forløpskoordinator er pasientens kontaktperson underveis i et Nasjonalt pasientforløp, og skal sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødvendig ventetid. [Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen - Helsedirektoratet](#)
- **Individuell plan** - Individuell plan er et verktøy for samarbeide mellom tjenesteytere og brukere, og er en rettighet for brukere som har behov for langvarig og koordinerte tjenester [Lenk til retningslinje 2](#)

5 Koordinering omkring barn som mottar flere tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen

For å styrke oppfølging av barn, unge og deres familier er det lovbestemt med samarbeid og samordning mellom forvaltningsnivåene.

6 Trygge pasientforløp

6.1 Gode henvisninger

- Der det er flere involverte instanser i kommunen, skal disse samarbeide om henvisningen til spesialisthelsetjenesten.
- Henvisningen skal være drøftet med pasient/bruker og eller foresatte. Det bør gis kopi av henvisningen til pasient/pårørende.
- Henviser må ha oversikt over hvilke kommunale hjelpetjenester som er involvert i pasienten og gi spesialisthelsetjenesten informasjon om det.

Sjekkliste for henvisning:

[Sjekkliste ved henvisning til habilitering for barn og unge \(HABU\) - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)

[Sjekkliste ved henvisning til Barne- og ungdomsklinikken \(BUK\) - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)

[Sjekkliste ved henvisning til UPS - Ungdomspsykiatrisk senter - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)

[Sjekkliste ved henvisning til nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser - barn og unge - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)

6.2 Pasientforløp/ behandlingsforløp

Det etableres så tidlig som mulig dialog mellom STHF og relevante instanser i kommunen for å avklare videre oppfølging. Bistandsbehov for pasient etter avsluttet behandling ved STHF skal drøftes i dialog mellom Barn- og ungdomsklinikken og kommunehelsetjenesten, samt pasient og pårørende, før avsluttet behandling.

Kommunen organiserer sitt tilbud og ev. koordinerer samarbeidet med andre aktører som yter tjenester til barn og unge. Dersom kommunen melder et behov, følger fagpersonell fra STHF opp i ansvarsgrupper.

Det er utarbeidet flytskjema for samhandling rundt følgende pasientgrupper

- Barn -og ungdomsmedisin
- Barn og unge habilitering
- Barn og ungdom psykisk helse
- Rus og psykisk helse over 16 år
- Nyetablering av kommunale helsetjenester for barn (0-18 år) med komplekse helsefaglige/ medisinske bistandsbehov

6.3 Avslutning av pasientforløp ved STHF og videre oppfølging i kommunen

Ved avslutning av pasientforløp ved sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes til henviser med kopi til fastlege og helsestasjon/skolehelsetjeneste og ev. tildelingskontoret ved behov for sykepleietjenester.

Planlagt avslutning av pakkeforløp skjer etter gjensidig avtale mellom pasient og/eller foreldre, psykisk helsevern og kommune/fastlege. [Lenke retningslinje 3](#)

6.4 Gjensidig veiledningsplikt

Både den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den andre part skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Veiledningsplikten reguleres i § 6-3 i Spesialisthelsetjenesteloven og i § 5-11 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Regjeringens rundskriv I-3/2013 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunal helse- og omsorgstjeneste beskriver hvordan veiledning i praksis kan gjøres.

7 Samarbeid i forbindelse med kriser og akutte hendelser som involverer barn

Kommunen og STHF har sine beredskapsplaner med varslingsrutiner. STHF kan kontakte aktuell legevakt etter samtykke fra pasient og/eller foresatte for vurdering av aktivisering av psykososialt kriseteam. Ved aktivisering av psykososialt kriseteam avtales dialog om videre oppfølging mellom STHF, kriseteamet og de kriserammede. Dersom det er til barnets beste» og foresatte/barnet (etter alder) gir samtykke skal skole/barnehage informeres av kommunens helsetjeneste om det som kan påvirke barnets hverdag.

8 Samarbeid i forbindelse med forebygging av kjønnslemlestelse

Kommunene ved helsestasjon og skolehelsetjenesten skal forebygge kjønnslemlestelse ved å gi informasjon, samtale og rådgivning til foreldre og jenter.

Tjenesten skal i tillegg fange opp jenter som allerede er omskåret og tilby de undersøkelse og oppfølging.

Underlivsundersøkelse skal tilbys i hver samtale. Dersom foresatte/jenta takker ja, gjøres det en avtale med STHF ved å ringe 350 03 500 og be om vakthavende barnelege ved avdelingen for barne –og ungdomsmedisin.

[Skjema for samtykkeerklæring og invitasjon til samtale om kjønnslemlestelse - Helsedirektoratet](#)

9 Seksuelle overgrep

I forbindelse med kliniske undersøkelser ved mistanke om vold/omsorgssvikt hos barn er det etablert et samarbeid mellom Avdeling for barne- og ungdomsmedisin og Overgrepsmottaket i Telemark. Det er politiet og barnevernstjeneste som kan henvise og begjære undersøkelse av barnet. Unntaksvis fastlege og foreldre. Det er politiet som beslutter om anmeldte saker skal undersøkes og følges opp ved Statens barnehus, Sandefjord. Ved akutte saker med behov for sporsikring av biologisk materiale, bilder av mulig skader og/eller behandling av skader og ivaretagelse, kontaktes ***vakthavende barnelege*** via Sykehuset Telemarks sentralbord, telefonnummer 350 03 500.

Barnelege kan ved behov for bistand kontakte Overgrepsmottaket i Telemark på telefonnummer 355 44 414 (be om Overgrepsmottaket) eller via legevaktnummer 116 117. Overgrepsmottak kontaktes fortrinnsvis hvor sporsikring av biologisk materiale er nødvendig ved mulige seksuelle overgrep. Overgrepsmottaket bistår barn fra alle kommunene i Telemark, også tilreisende til fylket.

10 Barn og unges brukermedvirkning

På individnivå skal tjenestene sørge for at barnet, ungdommen og foreldre får gitt uttrykk for sine behov, ønsker og synspunkter.

Barnets rett til å bli hørt og barnets beste er grunnleggende hensyn

- ved samarbeid uten at samarbeidet er knyttet til en enkeltsak (samarbeid på systemnivå)
- når det samarbeides med andre velferdstjenester i enkeltsaker (samarbeid på individnivå)
- ved avgjørelse av hvem som skal samordne tjenestetilbudet
- ved oppfyllelse av rett til barnekoordinator, alminnelig koordinator og individuell plan

11 Barn og unge som pårørende

Kommunene og STHF skal samarbeide om å identifisere og kartlegge, iverksette tiltak og samhandle om barn og unge som pårørende. Veiledning rundt ansvaret framkommer i [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)
Arbeidet med barn og unge som pårørende skal være basert på samtykke.

Samarbeid på individnivå:

- Det er barnets faste helsesykepleier som får informasjon om hvilke barn som har foreldre eller søsken som er til behandling ved sykehuset, slik at man kan ha et ekstra blikk på disse barna og sette inn tiltak om nødvendig i samarbeid med familien.
- Det er behandler/barneansvarlig ved STHF som kartlegger, og etter samtykke sender EDI dokumentet «Barn som pårørende» til tjenesten helsestasjon/skolehelsetjenesten der barnet bor.

Samarbeid på systemnivå:

- Dialogmøtene forankres i FSU og STHF v/ utvalget for barn som pårørende arrangerer dialogmøte med kommunene to ganger årlig. Møtene skal bidra til å styrke samarbeidet mellom de ulike instansene, slik at barn som pårørende til foreldre eller søsken som er til behandling ved STHF, får bedre oppfølging.

Felles ansvar

- Kommunen og STHF skal ha systemer som sikrer oppfølging av barn som pårørende.

STHF sitt ansvar

- STHF har ansvar for at relevante og nødvendige opplysninger for å ivareta barn som pårørende / søsken gis til samarbeidende personell i kommunen [Barn som pårørende - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)
- Informasjon om barns behov for oppfølging skal overføres via elektronisk meldeskjema i pasientjournal

12 Faste samarbeidsarenaer mellom kommunene og STHF

Gjensidig kjennskap til oppgavene i den kommunale helse og omsorgstjenesten og STHF, samt helsepersonellens fagområder er viktig grunnlag for et godt samarbeid. Dette styrkes gjennom faste samarbeidsmøter og tilgjengelighet på statistikk og styringsdata.

Det arrangeres fast årlig møte mellom kommuner og STHF. Møtene fasilitetters regionvis av samhandlingskoordinatorene innenfor følgende fagområder:

- Somatikk/Habilitering
- Barne -og ungdomspsykiatri (BUP)

Faste medlemmer er:

- STHF – Avdelingsleder, seksjonsledere og samhandlingslege
- Kommune – Leder helsestasjon/ skolehelsetjenesten, kommuneoverlege

I tillegg til faste medlemmer, kan en fritt trekke inn aktuelle fagpersoner ut fra tematikk og fokus på samarbeidsmøte.

Helsefelleskapet Telemark har etablert Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge – [Lenke](#)

13 Referanser

- **Nasjonale pakkeforløp**
 - [Psykiske lidelser – barn og unge - Helsedirektoratet](#)
 - [Kreft hos barn - Helsedirektoratet](#)
 - [Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne - Helsedirektoratet](#)
 - [Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år - Helsedirektoratet](#)

- **Aktuelle Nasjonale veiledere og forskrifter**
 - [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)
 - [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)
 - [Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)
 - [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet](#)
 - [Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet](#)
 - [Henvisningsveileder - Helsedirektoratet](#)
 - [Psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet](#)
 - [Samarbeid mellom fastleger og sykehuset - Sykehuset Telemark HF \(sthf.no\)](#)

14 Vedlegg

Retningslinjen suppleres med flytskjemaer for pasientflyt