



## Prosjektbeskrivelse

Samhandling for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser.	
Utfylt av (navn og rolle i prosjektet):	Elin Synnøve Stavenes Prosjektleder
Prosjekteier;	Kristin Eidet Robstad Oppvekstdirektør i Kristiansand kommune
Forankring andre;	Direktør for Helse og Mestring Brede Skålerud, Klinikkdirektør somatikk Kristiansand Nina Hope Iversen Klinikkdirektør psykisk helse-psykiatri og avhengighetsbehandling Kristiansand Vegard Øksendal Haaland

## Oppsummering og anbefaling for videre prosjektarbeid;

- 1) Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF Kristiansand søker Statsforvalteren om tilskudd for gjennomføring av et 3årig prosjekt for pilotering av en samhandlingsmodell for barn/unge med en nevroutviklingsforstyrrelse, der det også foreligger et samtidighetsbehov i oppfølgingen relatert til psykisk helse.
  - 2) Målet for prosjektet er å finne frem til bedre samhandling i oppfølgingen av målgruppen, for å oppnå en bedre helhetlig og koordinert oppfølging.
  - 3) Prosjektet tar utgangspunkt i Helse Fonnas modell for samhandling, som beskriver forløpene og tiltak i og mellom tjenestene for å sikre god samhandling og sammenhengende tjenester med «rett hjelp - på rett sted - til rett tid».
  - 4) Piloteringen vil avgrense seg til noen definerte utfordringsområder, slik det kommer frem av utfordringsbildet gjennom det innsiktsarbeidet som er gjennomført i forprosjektet.
  - 5) Prosjektet vil i det videre arbeidet ytterligere konkretisere tiltak for pilotering gjennom prosjektperiodene innenfor følgende områder;
- **Medvirkning og samtykke**
- Medvirkning og samtykke fra pårørende/brukere gjennom alle faser av forløpet.
  - Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid mellom bruker og den/de som gir tjenestetilbudet.
  - For samhandling innebærer dette også samtykke til utveksling mellom tjenestene.

- **Systematisk arbeid i førstelinjetjenesten**
  - Kartlegging og utprøving av tiltak der det observeres forsinket/vanskeområder i utvikling.
  - Fastlege har informasjon om andre instanser og tjenestetilbud i kommunen.
  - Drøftingsmøte med fastlege/ tjenesteområde i kommunen og Sørlandet sykehus HF-Kristiansand v/HABU/ABUP
  
- **Henvissingsfasen**
  - God oppsummerende informasjon/funksjonsbeskrivelser til fastlege (Helsestasjon sentral for de yngste barna)
  - Henvissingsstøtte/mal ved henvisinger
  - Koordinering av henvisning innad i SSHF
  
- **Felles samhandling/drøftingsarenaer i oppfølgingen**
  - Fast samarbeidsstruktur mellom ABUP og HABU
  - Gode og fullstendige utredninger ved ABUP og HABU ved del-utredning og overføring mellom tjenestene.
  - Det er viktig med trygge overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunene med en tydelig plan/oppgavedeling i oppfølgingen.
  
- **Koordinering og kvalitet i oppfølgingen**
  - Behov for avklaring/verktøy av roller, ansvar og oppgavefordeling gjennom utvikling av et samhandlingsforløp.
  - Nettbasert oversikt over tjenestene – nettsider for pasient, foreldre, skole, kommune, fastlege og sykehus. Bør tilpasses alle disse interessentene.
  - Bedre koordinering av tjenestene gjennom oppfølgingen både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, -en kontaktperson å forholde seg til for bruker/pårørende

## 1. Bakgrunn

Det er høy forekomst av komorbide lidelser hos barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser. Disse barna/unge har dermed behov for tjenester både fra Habiliteringstjenesten for barn og unge, Barne- og ungdomspsykiatri i tillegg til oppfølging i kommunene de bor i.

Pårørende uttrykker at organiseringen av de ulike tjenestene gjør det vanskelig å finne ut hvor de kan søke hjelpe, og at manglende samarbeid mellom tjenestene og ansvarsforskyvning dem imellom, medfører at pårørende opplever at barnet og familien ikke får den hjelpen og oppfølgingen som de har behov for.

Oppfølgingen av barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser med komorbide lidelser innebærer stor grad av kompleksitet med mange interessenter, der brukere og mange tjenester på ulike nivåer er involverte i oppfølgingen. Dette fordrer helhetlig og koordinert innsats, med felles mål og der de ulike innsatsene trekker i samme retning for å gi gode og sammenhengende tjenester. Gode samarbeidsstrukturer og samhandling mellom tjenester har betydning for kvaliteten og effektiviteten på tjenestene.

### 1.1. Prosjekt om pasientforløp for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser i SSHF, KOM-programmet (, Fastlegetjenesten - for et bærekraftig sykehus)

SSHF har siden høst 2021 jobbet med å utarbeide et helhetlig og best mulig pasientforløp for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser. Prosjektet har vært ledet av KOM. Målet var å ta i bruk modeller for samarbeid på tvers av lokalisasjoner og klinikker i SSHF. Med hele Agder som opptaksområdet, ble det et omfattende prosjekt å nå ut til alle kommunene i Agder. Det ble derfor besluttet at det skulle rettes fokus på det interne samarbeidet mellom HABU og ABUP. Det ble lagt frem en prosjektplan med forslag og anbefalinger for å kunne oppnå mål om ensartet pasienttilbud på tvers av klinikk og lokalisasjon i form av bedre samarbeid ved samtidighetsbehov (ref. konseptfaserapport), i januar 2023. (vedlegg 1)

Forprosjekt i Kristiansand kommune ble derfor et ledd i det videre arbeidet med å utarbeide en pilot for samhandlingsmodell (basert på Helse Fonna), slik at denne kunne utprøves før den breddes til flere kommuner som en del av Agdermodellen. (vedlegg 1)

### 1.2 Nasjonal modell for «Samhandlingsforløp» - Helsedirektoratet og Barn og unges helsetjeneste - Helse Fonna ([helse-fonna.no](https://helse-fonna.no))

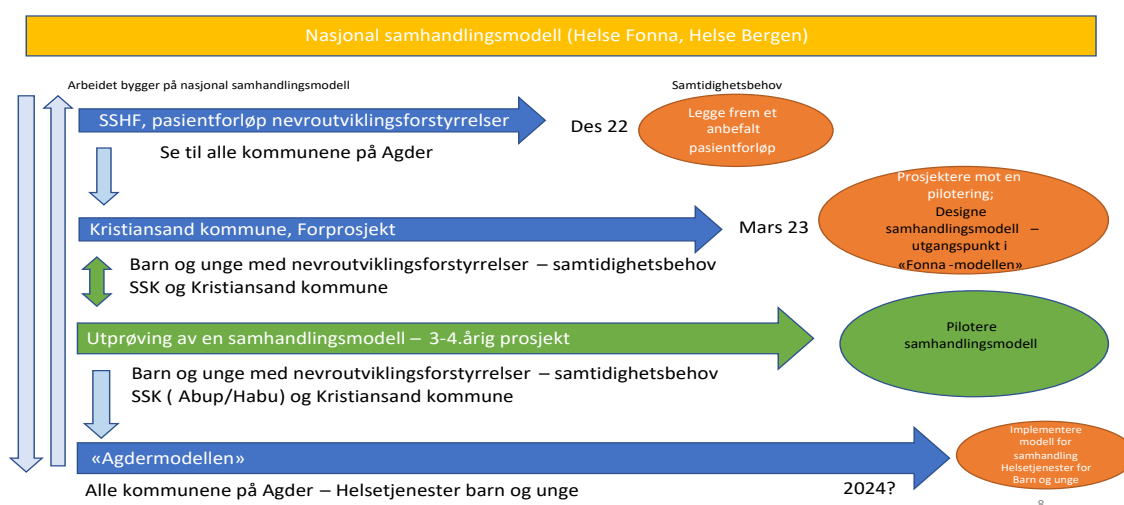
Prosjektet ser til og henter elementer fra «Samhandlingsforløp» - [Barn og unges helsetjeneste - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](https://helse-fonna.no). Helse-Fonna så behovet for avklaring av roller, ansvar og oppgavefordeling i samhandlingen som sikret barn og unge med psykiske lidelser «Rett behandling – på rett sted- til rett tid». Gjennom prosjektorganisering utviklet de et samhandlingsforløp gjennom en struktur som beskriver aktuelle tiltak i kommuner og spesialisthelsetjeneste som gir bedre samhandling og sammenhengende i oppfølgingen. Verktøyet består av syv samhandlingsforløp for de vanligste psykiske helseplagene hos barn og unge. Forløpene fungerer som et kart over tjenestene og gir oversikt over de ulike tjenestenes rolle og ansvarsområde. Helsedirektoratet omtaler modellen som en «nasjonal modell» - pga. de gode erfaringer den gir.

### 1.3 Agdermodell for barn og unge.

Samhandlingsråd for psykisk helse og rus (SPR) ser på muligheten for utviklingen av en Agdermodell for barn og unge. Helsefellesskapet i Agder vedtok i november 2022 å etablere et forprosjekt som har fått i oppgave å utrede muligheter og konsekvenser ved å implementere en "Agder-modell" basert på Helse Fonna-modellen. Her skal det vurderes antall pasientforløp som inngår i arbeidet. Det har vært i dialog med Helse Fonna, der det har blitt utarbeidet en egen video tilegnet til Agder, som ble vist på Helsekonferansen i Agder 10.11.2022: [Barn og unges helsetjeneste Agder november 2022 – YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...). Agdermodellen ble godt mottatt som en fremtidig løsning. Leder for SPR deltar i prosjektgruppen for dette prosjektet, som vil utgjøre en utprøving som første ledd i et samhandlingsforløp. Agdermodellen vil være et arbeid med en lengre tidshorisont.

## 1.4 Forprosjekt barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser.

Forprosjekt for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser fikk tildelt midler fra Statsforvalteren i Agder over tilskuddsordningen tilbud til barn og unge med langvarige og sammensatte tjenestebehov i 2022. Forprosjektet ser til systematikken i Fonna modellen og ansvarsområdene for ulike aktører og fagmiljøer med henblikk på samhandlingsmodell for pilotering, i oppfølgingen av Barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser med vedvarende bistands- og samtidighetsbehov i oppfølgingen relatert til psykisk helse. Forprosjektet har hatt som målsetning å komme tilbake med en ny søknad om tilskudd i 2023, for den påfølgende prosjektperioden når konklusjon om gjennomføring av forprosjektet og videre prosjektbeskrivelse /-plan foreligger. Dette dokumentet har som hensikt å beskrive videre prosjektbeskrivelse basert på arbeidet som er gjort i forprosjektet.



## 2. Prosjektmandat og organisering

<b>Bakgrunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SSHF har i regi av KOM utarbeidet en modell for samarbeid på tvers av lokalisasjoner og klinikker i SSHF for et helhetlig og best mulig pasientforløp for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser.</li> <li>➤ Kristiansand kommune ønsker i samarbeid med Sørlandet sykehus HF Kristiansand finne frem til et samhandlingsforløp, med en pilot for utprøving for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser med komorbide lidelser. Dette fordrer helhetlig og koordinert innsats, med felles mål og der de ulike innsatsene trekker i samme retning for å gi gode og sammenhengende tjenester.</li> <li>➤ Forprosjektet ser til <u>Nasjonal modell «Samhandlingsforløp» - Helsedirektoratet og Barn og ungeshelseteneste - Helse Fonna (helse-fonna.no).</u></li> </ul>
<b>Hvilket problem skal løses?</b>	Pårørende uttrykker at organiseringen av de ulike tjenestene gjør det vanskelig å finne ut hvor de kan søke hjelp, og at manglende samarbeid mellom tjenestene og ansvarsforskyvning dem imellom, medfører at pårørende opplever at barnet og familien ikke får den hjelpen og oppfølgingen som de har behov for.
<b>Mål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosjektet skal medvirke til at barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser får ivaretatt sine tjenestebehov ved rett hjelp av riktig tjeneste på rette tidspunkt.</li> <li>- Mål for prosjektet er gjennom samhandling medvirke til helhetlig og koordinert oppfølging med god kvalitet i oppfølgingen</li> </ul>

<b>Forventet gevinstpotensial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet</li> <li>• Bedre ressursutnyttelse/ spart tid</li> <li>• Bedre brukertilfredshet</li> <li>• Kultur for helhet og samarbeid</li> <li>• Unngåtte kostnader</li> </ul>
<b>Beskriv relevans til strategi/ utviklingsplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategiplan for Oppvekst Kristiansand kommune – «<i>Sterkere sammen for barn og unge - strategiplan for oppvekst 2020-2025</i>»</li> <li>- Prosjektet er i tråd strategi for oppvekst- rammeverk fort kvalitet og mestring SSHF strategiplan 2021-2024</li> <li>- Prosjektet bidrar til oppfyllelse av sentrale mål i kapittel 1 «Kvalitet i helsetjenesten»</li> <li>- Brukermedvirkning i fokus, prosjektet gjennomføres sammen med brukerrepresentanter</li> </ul>
<b>Føringer og forutsetninger</b>	Legges til grunn: Prosjektet forutsetter eksterne ressurser i tillegg til egenfinansiering
<b>Avhengigheter og samhandling</b>	Prosjektet omfatter; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjenester mellom Kristiansand kommune og HABU/ABUP, Sørlandet sykehus HF Kristiansand</li> <li>- Tjenester på tvers av HABU/ABUP SSHF, Kristiansand</li> <li>- Tjenester på tvers av relevante tjenesteområder i Kristiansand kommune</li> </ul>
<b>Avgrensninger</b>	Prosjektet avgrenses til å målgruppen barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser med samtidighetsbehov i oppfølgingen
<b>Roller/ressurser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Styringsgruppe med representanter fra overordnet ledelse ved avdelingssjefer ved Sørlandet Sykehus HF og kommunalsjef fra relevante tjenesteområder i Kristiansand kommune</li> <li>- Prosjektgruppe med representanter fra ledere ved Sørlandet Sykehus HF og ledere/psykolog/rådgivere i Kristiansand kommune. Representant fra SPR deltar inn i prosjektet.</li> <li>- Brukerrepresentasjon i både styringsgruppe og prosjektgruppe fra aktuell brukergruppe</li> </ul>
<b>Konseptfase</b>	01.03.2022 – 31.03.2023
<b>Planleggingsfase</b>	01.06.2023 – 31.12.2023,
<b>Gjennomføre</b>	01.01.2024 – 15.10.2025
<b>Avslutte</b>	01.01.2026 – 31.03.2026
<b>Agdermodellen</b>	→ 31.03.2026

## 2.1 Målgruppe

Målgruppen for prosjektet er barn og unge med en nevroutviklingsforstyrrelse, der det er et samtidighetsbehov i oppfølgingen;

- i tjenesteområdene i både i kommunen og sykehus
- mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus

## 2.2 Visjon og mål

Visjonen for prosjektet er god brukertilfredshet ved rett hjelp av riktig tjeneste på rette tidspunkt.

Mål for prosjektet er gjennom samhandling medvirke til helhetlig og koordinert oppfølging med god kvalitet i oppfølgingen bla ved;

- Lett tilgjengelig oversikt over de ulike tjenestene, der brukere og de ulike tjenesteaktørene/instanser vet hvem som de skal kontakte ut fra rolle og mandat/hvem som har ansvar for hva.
- Tidlig innsats - viktig at «laget rundt barnet» kartlegger og setter inn tiltak på tidlig tidspunkt for å styrke barnets mulighet til utvikling og forhindre skjevutvikling av sekundære tilleggsvisninger /komorbide tilstander.
- God kvalitet/opplyste henvisninger for utredning i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om foreliggende utviklingsforstyrrelse.

- d) Bedre tverrfaglig innsats - Tilnærmingen BTI legger til grunn, innebærer bedre koordinering og samhandling i og mellom tjenestene, der innsats tilpasses etter kompleksitet og nivå, og sikre samhandling og overgangene mellom innsatsnivåene.
- e) Velferdstjenestene skal sørge for at barn og unge som trenger det, får rett hjelp til rett tid. Dette forutsetter at tjenestene skal samarbeide både for
  - å ivareta egne oppgaver
  - at andre tjenesteytere skal kunne ivareta sine oppgaver
- f) Etablere gode arenaer og kulturbygging for samhandling, der brukere og tjenesteaktørene møtes på tvers av tjenester og sektorer for dialog og erfaringsutveksling underveis i oppfølgingen med henblikk på tiltaksutforming og rollefordeling.

## 2.3 Organisering

Styringsgruppe og prosjektgruppe skal følge prosjektet gjennom hele prosjektperioden dvs. ut 2025.

### 2.3.1 Styringsgruppe;

Jon Wergeland, kommunalsjef Barn og familietjenester, Kristiansand kommune  
 Lisbeth U. Bergstøl, kommunalsjef - Forvaltning og koordinering Kristiansand kommune  
 Inger Ingebretsen, kommunalsjef livsmestring, Kristiansand kommune  
 Tone Kylland, kommunalsjef helsefremming og inkludering Kristiansand kommune  
 Anita Torland Kivle, avdelingsleder for Barne- og ungdomsavdelingen, SSHF Kristiansand  
 Iris Anette Olsen, avdelingsleder for ABUP, SSHF  
 Brukerrepresentant – oppnevnt av brukerrådet.

### 2.3.2 Prosjektgruppe;

Elin Synnøve Stavenes – Rådgiver, Oppvekstdirektørens stab, Kristiansand kommune  
 Birgitte Langedrag- Rådgiver – KOM-programmet SSHF  
 Margit Langerak – Enhetsleder Familieenheten ABUP, SSHF Kristiansand  
 Randi Damgård - Enhetsleder HABU, SSHF Kristiansand  
 Joyce Piago – Leder SPR Helsefelleskapet i Agder  
 Tone Ness – Rådgiver, Forvaltning og koordinering, Kristiansand kommune  
 Julie Nilsen – Enhetsleder PPT, Kristiansand kommune  
 Tone Beate Grøtterød - Enhetsleder Rehabilitering  
 Bente Wolstad, psykologspesialist, Strategi og planarbeid Helse og mestring – ft. SM  
 Øystein Endresen - rådgiver, strategi og planarbeid, Helse og mestring Kristiansand kommune (vikar for BW)  
 Brukerrepresentant oppnevnt av brukerrådet  
 Ungdomsrepresentant for brukergruppen oppnevnt av brukerrådet

## 3. Prosess

Gjennom 2022 ble det gjennomført flere arbeidsmøter for nødvendig kartlegging og avklaringer frem mot en videre prosjektbeskrivelse og organisering av hovedprosjektet. Det var også kontakt med Helse-fonna. I dette arbeidet har en rekke fagområder/- personer medvirket og kommet med innspill.

### 3.1 Prosessveiledning fra InnoMed

For å få finne gode arbeidsmåter og passende metodikk ble det søkt InnoMed om bistand ved prosessveiledning inn i prosjektet. [Forside | Innomed](#). Dette har vært særlig viktig da både Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune er to store og komplekse organisasjoner, og der hver kan ha sine intensjoner og fokusområder.

InnoMed har gitt viktige bidrag inn i prosjektet siden de startet opp tidlig i januar 2023. I tillegg til prosessveiledning underveis i prosjektarbeidet, både til prosjektgruppe/-ledelse, har de bidratt med viktig erfaringsutveksling fra andre og tilsvarende prosjekter i andre regioner. De hadde også en sentral rolle i gjennomføringene av Workshop. InnoMed bistod også Helse Fonna inn i deres arbeid.

InnoMed har bidratt med til nærmer 80 timer inn i forprosjektet frem mot en prosjektsøknad.

### 3.2 Brukermedvirkning:

Brukermedvirkning står sentralt i gjennomføringen;

- Brukerrepresentanter har medvirket inn i to arbeidsmøter/workshops, der brukerrepresentanter innledet på den ene av samlinger.
- Det er gjennomført dybdeintervju med fem brukerrepresentanter med barn med nevroutviklingsforstyrrelser /langvarige og sammensatte behov der fokus på egne erfaringer med hjelpeapparatet (- kommune og spesialisthelsetjeneste) gjennom de ulike forløpene. Oppsummering innspill refereres i pkt. 4.3.
- Ved oppstart av prosjektet vil det bli oppnevnt brukerrepresentanter inn i prosjektgruppe og styringsgruppe gjennom brukerråd/-organisasjoner i kommune og sykehus.  
Det planlegges gjennomføring av en spørreundersøkelse/questback før oppstart og ved prosjektslutt, der bla. bruker/foresatte gis mulighet for å rapportere om sine erfaringer før og etter prosjektperioden.

## 4. Innsiktsarbeid

Kunnskapsgrunnlaget som er lagt til grunn for prosjektet er hentet fra ulike informasjonskilder, bla. gjennom litteratur/ offentlige utredninger, lovgrunnlag/forskrifter, ulike satsninger ved andre tilsvarende prosjekter, samt kartlegginger og innspill fra tjenesteaktører og brukerrepresentanter, herunder ulike arbeidsmøter og workshops.

For å klargjøre erfaringer omkring dagens tjenestetilbud og samhandlingspraksis, på tvers av tjenesteområdene i Kristiansand kommune og i spesialisthelsetjenesten ble det gjennomført til sammen tre workshops som omhandlet samhandlingsforløp for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser. I regi av KOM og forbindelse med prosjektet i SSHF, ble det gjennomført en workshop november 2022. Her ble forprosjektet presentert og innspill fra dette ble tatt med videre inn i arbeidet. Det deltok brukere, ansatte fra Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune, i tillegg til praksiskonsulenter og representanter fra andre kommuner.

På workshops som ble gjennomført henholdsvis februar og mars 2023 fokuserte en nærmere på hva som fungerer bra i oppfølgingen og hvilke utfordringsområder en ser i

samhandlingen og forløpene slik praksis er i dag. På samlingen i februar deltok brukere og ansatte-representanter fra de ulike tjenesteområdene i Kristiansand kommune, mens samlingen i mars var forbeholdt ansatte-representanter fra HABU og ABUP ved Sørlandet sykehus HF. Samfunnsmedisin/fastlegene gjennomførte et eget arbeidsmøte i februar, og ut fra det kommet med sine innspill. (vedlegg 2 og 3)

Innsikten som kom frem på samlingene viser at det er både gode muligheter, men også at det er utfordringer i samhandlingen i dag. Gjennomgangen omkring dagens forløp, viser hva som fungerer godt, mindre godt og ønsker om forbedringer. Det var stort engasjement og ønske om å få til et utviklingsarbeid der både sykehuset og kommunen kan bli bedre på samhandlingen i oppfølgingen overfor barn/unge med nevroutviklingsforstyrrelser som har et samtidighetsbehov. Dette er unisont hos både brukere og de ansatte i sykehus og kommune. Det er mye kompetanse og dedikerte fagpersoner som ønsker å bidra inn i samhandlingen, og det kommer frem en holdning med stor grad av gjensidig respekt og avhengighet for hverandres kompetanse og bidrag inn i samhandlingen. Det fremheves at tidlig innsats og brukerperspektivet er sentralt i oppfølgingen.

#### 4.1 Oppsummering innsiktsarbeid/ arbeidsmøte 14.11.2022

I workshopen som ble gjennomført i regi av KOM 14.11.2022, ble følgende punkter vektlagt i for et bedre pasientforløp for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser. Disse innspillene er tatt med videre i forprosjektet for å gi en bedre innsikt. På denne workshopen deltok det representanter fra HABU, ABUP, brukere og ansatte fra flere kommuner i Agder.

- Sammenheng i tjenestene med trygge overganger i et livsløpsperspektiv
- Plan og forutsigbarhet med en koordinator/ koordinering av tjenestene
- God, tilgjengelig og klar informasjon om tjenestene
- Kjennskap til og kompetanse om hverandre i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Rolle- og ansvarsavklaringer

#### 4.2 Oppsummering innsiktsarbeid/ arbeidsmøte 14.02.2023 og 06.03.2023

I arbeidsmøtene 14. februar og 6. mars ble det lagt opp til gruppearbeid på tvers av tjenesteområdene innad i Kristiansand kommune og innad i SSHF. Hva fungerer bra, – når får vi til et godt samarbeid for barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser? Dette er områder som må ivaretas og ble derfor fremhevet som muligheter. I tillegg ble det stilt spørsmål om hvilke utfordringer gjør at vi ikke samarbeider godt i oppfølgingen rundt barn og unge i dag. ( vedlegg 2)

##### *Muligheter:*

- Tydeligere og definert rolleansvar mellom de ulike tjenestene, samt en mer konkret fremstilling av enn i fonna-modellen.
- God kommunikasjon, tilgjengelighet og oversikt over de ulike tjenestene
- Brukermedvirkning må vektlegges og barnet/den unge og pårørende må involveres så tidlig som mulig.
- Tidlig innsats med kartlegging og tiltaksutprøving som mulighet før henvisning
- Bedre henvisninger –fastlegen avhengig av relevant informasjon fra andre kommunale tjenester i en henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Bedre tverrfaglig innsats /koordinert oppfølging - «en rød tråd mellom tjenestene»



- Det å ha felles mål og ønske, gjør kommunikasjonen enklere. Digitale plattform, gir mulighetsrom.
- Alternative behandlingsoppfølginger ved oppsøkende ambulante team som bistår inn på arenaer barn/unge er i det daglige

#### *Utfordringer:*

- Brukere og de ulike tjenesteområdene mangler oversikt over de ulike tjenesteområdenes ansvarsområde – hvem gjør hva. Manglende kunnskap og kjennskap til hverandres fagkompetanse, mandat og rolle i oppfølgingen gjør det vanskelig å få oversikt over hvem/hva som er rett instans.
- Uklare/ manglende avklaringer mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Når det ikke er én tydelig diagnose.
- Tjenestene er fragmenterte, med manglende koordinering med lite drøfting/dialog, har ikke felles journalsystem.
- Få felles møtepunkter og arenaer mellom instansene hvor man kan drøfte problemstillinger.
- Overgangene er særlig sårbare.
- Arbeidsbelastningen medfører tidspress, kan føre til mer fokus på å avgrense sin rolle enn å samarbeide der barn/familier ansvars forskyves mellom tjenestene.
- Fordelingen internt i SSHF, med ADHD i ABUP og AFS i HABU, bidrar til et diagnosefokus i stedet for et pasientfokus ved sine skarpe skiller mellom diagnosegrupper
- Det har skjedd en dreining i samfunnet, med økt utredningsfokus og diagnosesetting, flere som blir utredet gjerne flere ganger.
- Foresatte opplever barna og familiene ikke får rett hjelp til rett tid.
- Dårlig dialog og samhandling mellom tjenesteområdene medfører feilinformasjon, dårlig koordinering, dobbeltarbeid og misforståelser som er krevende for brukeren og tjenestene.
- Helse Fonna modellen oppleves noe omfattende.

I innspills-møtene ble det kartlagt omkring de ulike tjenesteområdene/aktører som er involvert i forløpet til barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser innen følgende områder:

- Kartlegging
- Tiltak
- Henvisning
- Samarbeid
- Medvirkning og samtykke.

*Mye av dette gjøres i dag, men mye av det kan bli bedre:*

- Tidlig innsats gjennom kartlegging og tiltaksutprøving,
- Tiltak er evaluert før henvisning sendes spesialisthelsetjenesten
- Det vises til [Praksisnytt](#) hvor det kommer frem en strukturert og oversiktlig mal for henvisning til HABU som fungerer som en god støtte for fastlegen/annen lege som henviser. En tilsvarende konkret og oversiktlig mal for henvisningsstøtte til ABUP er ønskelig.
- Det bør tydeliggjøres hva som tas inn og ikke i ABUP/HABU.
- ABUP har et godt henvisningskjema som HABU ønsker å ta i bruk.

- Det er behov for alternativ tilnærminger for å hjelpe elever som uteblir fra skolen eller de som ikke møter opp på ABUP.
- Koordinerende enhet når for få. Stort behov for å koordinere tiltak mellom flere instanser.
- FACT-ung som et vurderingstema på tvers av 1. og 2. linjetjenesten.
- Behov for bedre tverrfaglig innsats
- Er ikke etablert gode nok digitale kontaktpunkter i samhandlingen mot f.eks. PPT, barnevern, skole og barnehage.

*Det som ikke gjøres, men er ønsket i forløpene:*

- Ønske om mer tverrfaglig samhandling i kartleggingen, og kunne drøfte barnet/unge med kommune/sykehus i forkant av at henvisningen sendes.
- Helsestasjonslegen, i samarbeid med helsesykepleier og øvrige fagpersoner har en sentral og viktig rolle og kan inneha god og relevant informasjon omkring utviklingshistorie, utfordringer og oppvekst-miljø m.m. (førskolealder)
- Bedre vurderinger av fastlege som undersøker og gir funksjonsbeskrivelser i henvisningen.
- Mangelfulle henvisninger uten tverrfaglige beskrivelser og somatiske avklaringer v/henvisning fra fastlegen gjør at saken blir avvist hos ABUP/HABU. Ønskelig med en mal på henvisning.
- Dersom henvisning er sendt feil, bør den videresendes. SSHF bør fremstå som ett.
- Det er ønskelig med en inntakskordinator i HABU, tilsvarende som det ABUP har.
- Foreldre må kunne kjenne seg igjen i henvisningen, hender ofte at de ikke er innforstått med hva henvisningen handler om. Samtykke fra begge foreldre.
- Tydeliggjøre hvem som gjør hva i ABUP (familie-, poliklinisk-, ambulerende-enheter).
- Felles utveksling og samarbeid mellom HABU og ABUP - felles klinisk team
- Rutiner for å sjekke ut om foreldre er med på overflytting av saker HABU/ABUP
- Ønske om å ha en drøftingsarena mellom kommunen og SSHF om tiltaksutforming/oppfølgingsbehov
- Fastlegen kan involverer seg mer. Det er utfordrende å få med fastlegen/sykehus på samarbeidsmøter.
- Fastlegerollen må tydelig knyttes opp til de medisinsk faglige oppgaver i oppfølgingen, og kan ikke inneha en helhetlig koordinerende rolle/koordinere samarbeid med andre tjenester.
- Rollefordeling mellom helsestasjonslegen og fastlegen er tydelig skissert, og fastlegen skal ta hovedansvaret ved oppfølging av barn/ungdom med medisinske tilstander når barnet henvises til spesialisthelsetjenesten.
- Ikke klart hvem som følger opp psykiske vansker/nevroutviklingsforstyrrelser i kommunen
- Det er ønskelig at ABUP er tilgjengelig når det oppstår utfordrende situasjoner. Enklere tilgang til samarbeid og veiledning

### 4.3 Innspill fra brukere

*Det som fungerer godt:*

- Koordinator er viktig i oppfølgingen av barnet/den unge – en person og forholde seg til
- Der tjenestene følger opp ansvaret sitt i ansvarsgruppene, gir helhetlig drøftinger og bedre tilnærming i oppfølgingen.

- EIBI har vært veldig bra for mitt barn, og barnehagen fulgte opp dette på en god måte (stor bh)
- Mange ansatte som viser en genuin interesse for å bistå/strekker seg langt
- Når det er tidlige tegn, får barnet/foreldre god oppfølging på tidlig tidspunkt
- Som foreldre har vi hele tiden opplevd å være medregnet, vi er blitt sett og hørt/ opplevd at det er satt av nok TID i møter og oppfølging.

#### *Hva som kan bli bedre - Muligheter:*

- Vanskelig å ha oversikt over tjenestene og hvem gjør hva. Møtte mange nye/ukjente tjenester på workshop
- Henvisninger til HABU/ABUP blir avvist pga manglende kommunal kartlegging.
- PPT mer fokusert på lærevanskeproblematikk (pedagogiske) –ikke det psykiske/emosjonelle (psykologiske) – derfor omtales PPT av flere brukere som «Praktisk Pedagogisk tjeneste»
- At de som ikke innehar tilstrekkelig kompetanse på noen områder, henter inn andre, at en kan skifte saksbehandlere/helsekontakter i oppfølgingen
- Pårørende gir uttrykk for ønsket om å bli hørt i større grad. Noen ganger mer fokus på foreldre enn barnet.
- Det er ønske om en mer helhetlig gjennomgang på et tidligere tidspunkt/ tjenesten oppleves fragmenterte/ - som et lappeteppe
- Henvendelser og henvisninger kan ta lang tid, noe blir liggende uten at det blir fulgt opp.
- Tjenestene/systemet må skape mot/gi håp til foreldre
- Overganger ved ansatte- skifter kan bli bedre.
- Ønsker mer hjelp og veiledning i en krevende livssituasjon det er å ha barn med sammensatte og langvarige behov
- Komorbiditet krever ofte 3.linjetjeneste inn – har stor kompleksitet i seg
- Trygge foreldre bedre i overganger
- Likemannsarbeid

#### *Hva som ikke fungerer bra i dag – utfordringer:*

- Bedre henvisningsrutiner /henvisninger som ikke er gode nok avslås - medfører nye og tidkrevende runder før barnet tas inn og diagnose kan bli satt
- Barn med nevroutviklingsdiagnoser/ADHD som strever med mistilpasning og tilleggsvansker /skolevegring blir ikke fulgt godt.
- Må være trygt å klage/ta opp det en ikke er tilfreds med – er mye utrygghet for «represalier» om en tar opp forhold - redd for at det går ut over barnet
- Benytte likepersoner inn i systemene
- Overføring av informasjon mellom instansene etter utredninger
- Ikke god nok kompetanse mellom HABU og ABUP når barn med autisme får oppfølgingsbehov for psykiske lidelser

### 4.3 Konklusjonspunkter av innsiktsarbeidet for videre arbeid

I hovedtrekk oppsummeres innspillene i følgende områder for fremtidige løsninger for det videre arbeidet:

➤ **Medvirkning og samtykke kartlegging – tiltak kommunen**

- Betydningen av medvirkning og samtykke fra pårørende/brukere gjennom alle faser av forløpet.
- Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid mellom bruker og den/de som gir tjenestetilbudet.
- For samhandling innebærer dette også samtykke til utveksling mellom tjenestene.

➤ **Systematisk arbeid i førstelinjetjenesten**

- Kartlegging og utprøving av tiltak der det observeres forsinket/vanskeområder i utvikling.
- Fastlege har informasjon om andre instanser og tjenestetilbud i kommunen.
- Drøftingsmøte fastlege/ tjenesteområde i kommunen og SSHF-Kristiansand v HABU/ABUP

➤ **Henvissingsfasen**

- God oppsummerende informasjon/funksjonsbeskrivelser til fastlege (Helsestasjon sentral for de yngste barna)
- Henvissingsstøtte/mal ved henvisninger
- Koordinering av henvisning innad i SSHF

➤ **Felles samhandling/drøftingsarenaer i oppfølgingen**

- Fast samarbeidsstruktur mellom ABUP og HABU
- Gode og fullstendige utredninger ved ABUP og HABU ved del-utredning og overføring mellom tjenestene.
- Det er viktig med trygge overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunene med en tydelig plan/oppgavedeling i oppfølgingen.

➤ **Koordinering og kvalitet i oppfølgingen**

- Behov for avklaring av roller, ansvar og oppgavefordeling gjennom utvikling av et samhandlingsforløp
- Nettbasert oversikt over de ulike tjenestene på hjemmesider for pasient, foreldre, kommune, fastlege og sykehus. Bør tilpasses alle interessentene.
- Bedre koordinering av tjenestene gjennom oppfølgingen både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, -en kontaktperson å forholde seg til for bruker/pårørende

Ulike journalsystem/ manglende digitale kontaktpunkter i samhandlingen utgjør en utfordring i samhandlingen, men tas ikke inn i et avgrenset prosjekt som dette. Om felles journalsystem pågår det arbeider omkring utviklingen av "Felles kommunal journal". Samhandlingsverktøy Dips samspill kan benyttes når innbygger har rett IP og koordinator. Verktøyet kan også brukes til IOP og Stafettlogg (BTI). Her kan alle aktuelle samhandlingspartnere få pålogging etter samtykke fra bruker/foresatt/verge. SSHF er i ferd med å koble seg på dette nå.

## 5 Andre relevante prosjekt/prosesser;

### 5.1 Samhandling og kvalitetsutvikling mellom PP-tjenesten i Kristiansand og HABU, SSHF under utarbeidelse

Våren 2022 etablerte HABU og PP-tjenesten i Kristiansand en dialog omkring utfordringer og nødvendig uro i forbindelse med enkeltsaker, som følge av dårlig/mangelfull samhandling i samarbeidet. Konsekvensene av dette har vært at enkeltbarn og deres familier har opplevd uoversiktlig oppfølging og kommunikasjon fra hjelpeapparatet. Det har også vært kilde til frustrasjon, unødig energilekkasje hos ansatte og tungvint-, med lite hensiktsmessig og samordnet saksbehandling fra støtteapparatet.

Det vært gjennomført flere møter der det er kommet opp et stort og mangfoldig spekter av forbedringsområder, muligheter for felles innovasjon og kvalitetsutvikling av tjenestetilbud både i PP-tjenesten, HABU og i det samordnede tjenestetilbudet. Samarbeidet oppleves som svært meningsfullt og verdifullt for utvikling av økt kvalitet og samordnet tjenestetilbud for den aktuelle brukergruppen.

Samarbeidet viser tydelig gevinster der en gjennom møtepunkter og arenaer mellom instansene, kan få til god kommunikasjon og dialog omkring det som er krevende i et samarbeid for å få en bedre samhandling videre til det beste for brukeren. (vedlegg 3)

### 5.2 ABUP: utviklingsprosjekt

Som en del av prosjektet «Vill vekst: Friluftsterapi som helsefremmende, forebyggende og bærekraftig metode i skole, helsetjeneste og fritid på Agder», i regi av ABUP Kristiansand, er det satt i gang et *Utviklingsprosjekt vedrørende barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser*. Prosjektet ser på forebygging og behandlingsmetode for barn med nevroutviklingsforstyrrelser, spesielt i barneskolealder og finansieres bla. med eksterne prosjektmidler. Utviklingsprosjektet har fokus på å øke kunnskapen i kommunene og ut mot skolene, der målet er sekundærforebyggende tiltak inn mot pasientgruppen med komorbide psykiske helseplager fordi de ikke «passer inn» i mange sammenhenger (f.eks. skolen) og dermed utvikler dårlig selvmestringstillit, atferdsforstyrrelser og emosjonelle vansker av alvorlig karakter. Prosjektet ønsker å øke skolens og kommunehelsetjenestens kompetanse i retning av å bruke naturen som virkemiddel for å øke disse barnas (og deres familiers) selvmestringstillit, og dermed redusere sjansen for at de utvikler psykiske helseplager. Kristiansand kommune deltar inn i prosjektet sammen med to andre kommuner som en pilot. For mer informasjon: [www.friluftsterapi.com](http://www.friluftsterapi.com) .

Prosjektet viser hvordan spesialisthelsetjenesten kan tilby alternativ behandlingsformer ved å møte barna der de er, og ved det tilføre viktig kompetanse ut i kommune/ skole som sekundærforebyggende tiltak inn mot barn/unge med nevroutviklingsforstyrrelser med komorbide psykiske helseplager, fordi de ikke «passer inn» i mange sammenhenger (f.eks. skolen) og dermed utvikler tilleggsvansker- ofte av alvorlig karakter.

### 5.3 PP-tjenesten- læringsmiljøteam

PP-tjenesten er i etablering av et læringsmiljøteam. Læringsmiljøteamet skal styrke PP-tjenestens innsats med kompetanse- og organisasjonsutvikling og støtte til barnehagene og skolene i arbeidet med å jobbe systematisk og kollektivt for å skape kontinuerlige forbedringer og høy kvalitet.

Læringsmiljøteamet skal også bistå barnehagene med veiledning og støtte i deres arbeid med identifisering og oppfølging av barn og unge de er usikre på om har en tilfredsstillende utvikling eller læring.

Tiltaket med læringsmiljøteam vil være relevant gjennom tidlig innsats ut i barnehage/skole overfor barn/unge som viser mistilpasning/vansker på et tidlig stadium. Med tidlig identifisering og intervensjon, kan iverksette tiltak for stoppe negativ utviklingen.

#### 5.4 Barnekoordinator

For å styrke oppfølgingen av utsatte barn, unge og deres familier, er det med virkning fra 1. august 2022 vedtatt bestemmelser om samarbeid, samordning, barnekoordinator og individuell plan. Veilederen «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier» omtaler bestemmelsene nærmere, tydeliggjøre ansvar og myndighet, gir veiledning om hvordan pliktene kan ivaretas og kan være et praktisk verktøy for implementering av de nye / endrede bestemmelsene. (vedlegg 5)

## 6. Gevinstpotensial

Gevinster vi forventer å oppnå med prosjektet er delt inn i unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.

### Unngåtte kostnader

- Tidlig innsats fører til mindre bruk av ressurser senere i forløpet, og gir brukeren god nok hjelp på lavest mulig kostnadsnivå.
- Tjenester som samhandler unngår at flere aktører gjør samme jobb.
- Likepersonarbeid og erfaringsdeling, mobiliserer støtte og mestringsstrategier som krever mindre offentlig ressursbruk.

### Spart tid

- Klare rolle og arenabeskrivelser skaper mindre energibruk på å finne frem og håndtere frustrasjoner og klagebehandling
- Bruker mindre tid på oppgaver. Tjenesten sparer tid brukt på å innhente manglende opplysninger ved at henvisningene er gode. I tillegg unngås tid brukt på å skrive avslag eller at henvisninger avvises på manglende grunnlag.
- Tidligere innsats og oppfølging vil spare både pårørende, sykehus og kommune for ressursbruk senere.
- Systematisering og fordele oppgavene riktig, samt kjennskap til andres tjenesteområder effektiviserer oppfølgingen og dobbeltarbeid blir unngått.

### Økt kvalitet

- Økt behandlingskvalitet gjennom gode samarbeidsstrukturer mellom tjenestene der det er tydelig hvem som gjør hva, og fagpersonellet besitter god kompetanse, engasjement og samarbeidsevne.
- God og effektiv utnyttelse av fagpersonell ved kompetanseutveksling mellom tjenesteområdene/-nivåer i kommunen og spesialisthelsetjenesten overfor barn/unge med samtidighetsbehov.
- Økt bruker- og pårørendetilfredshet. Barn/de unge og deres familier kjenner seg ivaretatt gjennom bedre koordinert oppfølging og samhandling mellom de ulike tjenesteområdene.

- Økt medarbeidertilfredshet. Tilfredse medarbeidere ved utveksling av erfaringer og kompetansedeling.
- Øket kvalitet på utredning ved bedre henvisninger som resulterer i at barn og pårørende unngår belastningene ved å gjennomgå en utredningsprosess både i kommuner og sykehus, med gjentakende kartlegginger og spørsmål.

Gevinstoppfølging vil foregå ved å følge opp gevinstene ved oppstart (nullpunkt) og underveis i pilotering. Det skal gjøres en systematisk evaluering gjennom tre målepunkter for å fremskaffe kunnskap om effekt av prosjektet.

### Gevinster vi forventer å oppnå med prosjektet

UNNGÅTT KOSTNAD	SPART TID	ØKT KVALITET
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• God nok hjelp på laveste mulige kostnadsnivå</li> <li>• Unngå at flere aktører gjør samme jobb samtidig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unngå dobbeltarbeid</li> <li>• God kjennskap til andres tiltak i samme sak</li> <li>• Unngå at flere aktører gjør samme jobb samtidig</li> <li>• Effektive overganger mellom tjenestene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Færre samhandlingsavvik</li> <li>• Økt brukertilfredshet</li> <li>• Økt pasientsikkerhet</li> </ul>

## 7. Prosjektrisiko

Den største risikoen er at det ikke skjer noen forbedringer. Prosjektet er avhengig av at forslag til tiltak følges opp og prøves ut i gjennomføringsfasen

- Manglende implementering/informasjon er en annen risiko i gjennomføringsfasen. Informasjon om iverksatte tiltak blir derfor viktig. Ledelsesforankring på alle nivåer er nødvendig og bidra til at informasjonen når ut og sørge for at tiltak iverksettes.
- Ledere må prioritere at medarbeidere bruker tid på oppfølging av tiltak i prosjektperioden.
- Punktevalueringer er viktig for å fange opp tiltak som ikke fungerer slik at prosjektledelsen kan følge opp med justeringer underveis, eventuelt andre tiltak prøves ut.
- Dersom tiltak foreslått i rapporten viser seg å kreve mer ressurser for avdelingene, kan det bli behov for omdisponering av ressurser.
- Pågående prosjekter mot samme pasientgruppe kan medføre at det er vanskelig å skille prosjektene fra hverandre. Prosjektene må ha god dialog og samarbeider underveis.

## 8. Prosjektøkonomi

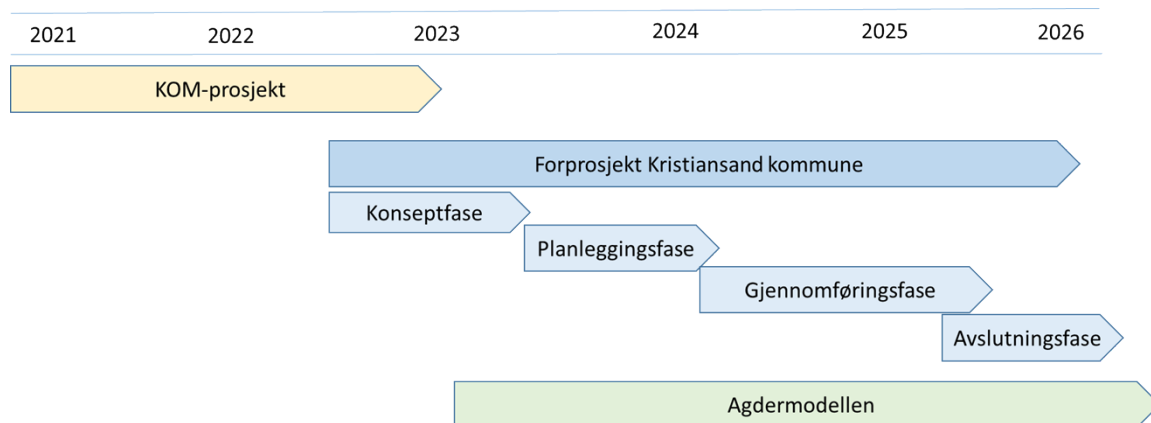
Prosjektet er avhengig av å få tilført eksterne prosjektmidler 2023 – 2025. Det søkes om 4, 2 mill. kroner i lønnsmidler/honorar og 250 000,- kroner til fellesarrangement og

aktiviteter i henhold til tabellen nedenfor. I tillegg kommer en vesentlig egenfinansiering fra begge organisasjoner gjennom interne lønnsmidler.

Prosjektledelse	40% kommune + 30% SSHF
Koordinering ute i tjenestene	50 % kommune + 30 % SSHF
Henvising – avgiver/mottaker	10% kommune + 10 % SSHF
Oppfølging prosjekt/ tiltak	130 % oppvekst (Barne- og familietjenester)
Oppfølging prosjekt/ tiltak	50% HABU – 50 % ABUP
Aktiviteter/Kick-off	kr. 250 000,- for hele prosjektperioden.
Brugerrepresentasjon	Kr. 80 000,- for hele prosjektperioden.

## 9. Framdriftsplan

Under vises det til faseinndelingen i prosjektveiviseren og hvilke aktiviteter som er tenkt gjennomført i de neste fasene.



### 9.1. Konseptfasen – mars 2022 – mars 2023

Forprosjektet oppsummeres og avsluttes i form av prosjektbeskrivelsen. Det søkes nå om midler fra statsforvalteren med frist 31.03.2023, for gjennomføring. Prosjektbeskrivelsen sendes som vedlegg til søknad til statsforvalteren.

- Forprosjektet oppsummeres og avsluttes i form av prosjektbeskrivelsen.
- Søknad til statsforvalteren om tilskuddsmidler til prosjektet: Frist 31.03.2023

### 9.2 Planlegging m/ konkretisering og implementering - April 2023 - desember 2023

- Søknad til InnoMed om videre prosessveiledning. Frist: 21.04.2023

Basert på innsiktsarbeidet i forprosjektet, ønskes det at i det videre arbeidet jobbes med følgende aktiviteter/tiltak. Måten dette er tenkt gjennomført på er:

- Kick-off august/september; Inspirasjonssamling og oppstart av prosjektet  
Deltakere: prosjektgruppe, brukerrepresentanter, representanter fra tjenesteområdene i kommune, HABU, ABUP og fastlege-/legerepresentanter.
  - Forelesning (ekstern), kombinert med et innslag av team-building (styrking av lagånd).



- Forelesning av Trine Lise Bakken, fag- og forskningsleder ved nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus.
- Erfaring fra Helse Møre og Romsdal – tilsvarende prosjekt
- Gruppearbeid på tvers av kommune og foretak, hvor brukere er aktive deltakere
  - Aksjonspunkter – Tiltak /arbeidsgrupper
- Arbeid med aksjonspunkter /tiltaksutforming høsten 2023
- Utarbeide før /etter-undersøkelser som sendes ut i forkant av at tiltak iverksettes og etter at tiltakene er iverksatt. Dette for å kunne måle effekt og måloppnåelse med arbeidet.
  - Bruker representanter
  - Ansatte representanter
- Implementering - Kommunikasjonsstrategi følger linjeprinsippet. Den som har ansvaret for en tjeneste/enhet, har også ansvaret for informasjon og kommunikasjon knyttet til enheten.

### 9.3. Gjennomføringsfasen - januar 2024 - desember 2025

- Pilotere prioriterte tiltak, evaluere og justere tiltakene – før disse blir en del av den daglige driften og samhandlingen rundt pasienten.

### 9.4 Avslutningsfasen - januar 2026 - mars 2026

- Prosjektevaluering- rapport sendes prosjektleder SPR – Agdermodellen.
- Tiltak i henhold til videre plan forankres og følges opp i driften.
- Prosjektet trekker seg ut.

## Vedlegg

- 1) Rapport – KOM-prosjekt
- 2) Oppsummering innspills arbeid
- 3) Innspill fra legetjenesten
- 4) Lokal utprøving "Samhandling HABU-PPT i Kristiansand"
- 5) Nasjonal veileder, Helsedir. «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier»