

Rapport

**til Administrativt samarbeidsutvalg
November 2013**

**Klinisk utvalg barn- og ungdomshabilitering
K U B U**



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Behandling av saken i Administrativt samarbeidsutvalg:

Sluttrapporten ble drøftet i møtet den 12. desember 2013:

Behandling 12.12.13:

-

Vedtak 12.12.13:

- Administrativt samarbeidsutvalg takker utvalget for arbeidet.
- Administrativt samarbeidsutvalg tar rapporten med anbefalinger og vedlagte mal for melding til orientering med de innspill som fremkom i møtet.
- Kommunene må se på det foreslåtte meldeskjema til januar møtet, og avklare hvor det skal sendes.
- Saken vil deretter bli oversendt til det kliniske utvalg – koordinerte tjenester, som ser på dette i en bredere sammenheng og for videre oppfølging (jfr. Sak 143-13)

Sluttrapporten ble satt opp til endelig beslutning i møte den 30.januar 2014:

Det foreslåtte meldeskjema må sendes i brevform og inngår ikke i PLO meldingene.

Behandling 30.1.14:

- Det er viktig å få på plass et slikt meldeskjema for disse pasientene som får poliklinisk behandling.
- Meldeskjema må også kunne benyttes til voksne, ikke bare barn og unge.

Vedtak 30.1.14

1. Administrativt samarbeidsutvalg slutter seg til at det foreslåtte meldeskjema benyttes fra SØ til kommunenes koordinerende enhet for pasienter som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester.
2. Kommunene melder fortløpende endringer i kontaktinformasjon til koordinerende enheter til sekretariatet for videre distribusjon i SØ.
3. Sekretariatet sørger for at mal til meldeskjema legges inn DIPS.

Sammendrag

Klinisk utvalg barne- og ungdomshabilitering (KUBU) ble oppnevnt av Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) i mars 2013, på bakgrunn av et opplevd behov for å sondere kontaktformer mellom Sykehuset Østfold og kommunenes koordinerende enheter i samhandling rundt barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Utvalget ble sammensatt av representanter fra henholdsvis seksjon barnehabilitering, Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk, og barneavdelingen. Utvalgets endelige mandat hadde fire temaer: meldingsordninger og kommunikasjon mellom SØ og kommunene; overgang ungdom til voksen; støtteordninger til familier/foresatte; kompetansetilbud og kompetanseutveksling. Denne rapporten er basert på en oppsummering av diskusjonene.

Utvalget konstaterer at behov hos barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan være nokså like, uavhengig av spesifikke diagnoser, og uavhengig av hvilken avdeling eller seksjon tilbyr tjenester.

Det anbefales at ADMS initierer og støtter fremtidige treffpunkter mellom kommunenes koordinerende enhet/andre deler av det kommunale apparatet og spesialisthelsetjenesten for å arbeide med spesifikke utfordringer rundt barn og unge med behov for koordinerte tjenester. Igangsetting av arbeid med en strategiplan, og eventuelt flere kliniske utvalg med spesifikke oppdrag er to forslag. Andre tiltak kan være oppsøkende virksomhet fra helseforetaket til de fem flerkommunale områdene, en habiliteringskonferanse, en praksiskonsulent i HABU. Det er foreslått et tilsvarende klinisk utvalg for voksenhabilitering.

Det er et stort behov for at innholdet i Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator blir gjort kjent blant ansvarlige i arbeid med barn og unge.

Et prosjekt "Pasientforløp barn og unge: somatikk og psykisk helsevern inkl habilitering" ble igangsatt omtrent samtidig med KUBU. Dette prosjektet handlet om internt samarbeid blant tjenester for barn og unge i Sykehuset Østfold, og hadde derfor ingen motsigende interesser med KUBU. Det var heller slik at disse to arbeidene forsterket hverandre.

1. Bakgrunn for utvalget:

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det i 2011 vedtatt en ny lov om helse og omsorgstjenester (HOTL), som påla helseforetakene og kommunene å inngå forpliktende samarbeid, med skriftlige avtaler. Foretakene ble i tillegg pålagt å skrive avtaler tilsvarende retningslinjene i HOTL § 6-2

HOTLs retningslinje 2 omtaler pasienter med behov for langvarige koordinerte tjenester, individuell plan og koordinator. Et utvalg oppnevnt av klinikkdirektøren i klinikk for psykisk helsevern i februar 2012 utarbeidet retningslinje 2 for Sykehuset Østfold og de 17 kommunene som helseforetaket betjener. Retningslinjen ble godkjent i SØs styre 7. mai samme år. Underveis i arbeidet med denne retningslinjen, ble de andre retningslinjene, blant andre de som omtaler melding til kommunene om hhv innskriving og utskriving av pasienter, lagt merke til. Disse retningslinjene er også spesifisert i HOTLs § 6-2, som obligatoriske samarbeidsoppgaver.

Melding om inn- og utskriving av pasienter til/fra døgnenheter henger tett sammen med realisering av et tidlig skritt i samhandlingsreformen. Men spørsmålet er om ikke meldinger om pasienter etter poliklinisk behandling og behov for langvarige og koordinerte tjenester er like kritiske og relevante.

HABU har ingen sengeplasser; BUP har samlet 15 senger, et lite antall relativt til det store antall pasienter i behandling. Seksjonene arbeider med intensive utredningsløp og lengrevarende oppfølgings/behandlingsløp, som for mange barn, avhengig av funksjon, medfører behov for å overføre ansvaret til kommunen i en så sømløs prosess som mulig. Men den etablerte meldingsordningen, spesifikt skjemaet 4b, var ikke egnet for barn og unge.

Selv om Koordinerende enheter (KE) har eksistert i mer enn ti år, har den praktiske muligheten for å henvende seg til én instans i kommunen vært lite synlig for HABU- og BUP-medarbeidere. "En dør inn" til kommunenes helsetilbud har vært et savn. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft fra januar 2012 gjorde kommunikasjonsbehovet desto mer aktuelt, da det ble klart at det ville foregå et skifte av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Men en spesifikk ordning for å kommunisere behov etter endt utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten var ikke på plass.

Vårt syn er at intensjonen i samarbeidsavtalen gjør det like aktuelt å melde til en sentral instans i kommunen etter behandling av barn og unge i poliklinisk behandling, som utskrivingsklare pasienter fra sengeposter.

Mandatet til KUBU ble utformet med meldingsordningen som hovedelementet.

2. Sammensetning og arbeidsform for utvalget

Kommuneområdene Moss, Indre Østfold, Sarpsborg, Halden og Fredrikstad ble av ADMS bedt om å oppnevne hver sin representant. Sykehuset Østfold fikk fire representanter og brukerutvalget oppnevnte en brukerrepresentant.

Polly Robertson, seksjon barne- og ungdomshabilitering, SØ (leder)
Wenche Ellefsen, Åsebråten barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, SØ
Elin Martinsen, nyfødtintensiv, barneavdelingen SØ
Arve Vøllo, barneavdelingen SØ
Karianne Hjørnevik Nes, Brukerrepresentant
Marit Solhøi Jansen, Fredrikstadregionen
Annette Næss Haldenregionen
Monica Ripel, Indre Østfold region
Mette Hjortkær Hansen, Mossregionen
Vigdis Sagranden, Sarpsborgregionen

Jurist/spesialrådgiver Jostein Vist deltok under møtet med temaet under 4.2.

3. Mandat

Mandatet ble utformet av gruppen i det første møtet:

- Behov for nye melderutiner; samhandlingsprosedyrer bør ses på. Hvor skal meldingen sendes? Hva skal den inneholde for at prosesser starter? Hvem skal vite om hva når? Hvilke kompetanse/tjenester er det behov for?
- Familiestøttende prosesser – 1. linje jobbing – grenseoppgangene – informasjon – f eks sosiale rettigheter/hjelp til å fylle ut skjemaer/oppstart praktisk hjelp
- Områdeplanen HABU ferdigstilles?
- Samhandling oppvekst/skole – og barnehage – hvordan samarbeider vi rundt oppfølging her, når opplæringsetat styres av annet lovverk enn helse- og omsorgsinstanser?
- Kronisk syke barn – kunnskap om – tilgang til informasjon for foreldre/pårørende. Opplæringsmuligheter/kompetansebehov.

Etter forslag fra ADMS ble et tema om overgang ungdoms- til voksenliv føyet til mandatet. Temaet om samarbeid mellom helse- og opplæringsinstanser ble lagt til side. Dette skyldtes at en venter på en veileder som utarbeides av Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet, som antas å bli ferdig først våren/sommeren 2014. Det var heller ikke representanter fra opplæringsetatene i utvalget, og diskusjonene ville i så fall blitt ensidige.

Nok en endring i mandatet var ferdigstilling av en Områdeplan for barne- og ungdomshabilitering. Denne var skrevet i utkast vinteren 2012-2013 av seksjonsleder for barne- og ungdomshabilitering i SØ. Oppdraget kom som en bestilling fra Helse SørØst til alle foretak. Det var av HABUs leder tenkt som en oppgave for KUBU å fullføre denne. Det ble imidlertid vurdert som lite hensiktsmessig for KUBU å arbeide med en Områdeplan. Det ville ha vært nødvendig med en forutgående forankring i ADMS, og med en annen form for kommunal deltakelse.

4. Tema: Kommunikasjon mellom SØ og kommunene

4.1 Melding fra SØ til kommunen om barn/unge med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

Det vises til forskrift om habilitering, rehabilitering, Individuell plan og koordinator og til Samarbeidsavtalen mellom SØ og kommunene, herunder retningslinje 2.

Melding til Koordinerende enhet i kommunen om barn med behov for langvarig oppfølging (som kan innebære IP og koordinator) er nedfelt i forskrift. KUBU slår fast at dette er noe vi som arbeider med barn og unge i SØ kan og skal anvende. Ordningen var lite kjent for KUBUs representanter fra hhv barneavdelingen og BUP. Diskusjoner blant øvrige ledere i BUP tyder på at dette er gjennomgående. Etter relativt kort tid kunne deltakeren fra nyfødintensiv fortelle at seksjonen hadde begynt å melde til koordinerende enheter om barn med behov for langvarige koordinerte tjenester.

Meldingsordningen vil bli brukt av alle seksjoner som behandler barn og unge, ved behov og med samtykke fra foresatte. Tidligere praksis kunne være at en eller flere fagpersoner meldte direkte til sine fagkolleger i første linjen, eller at man plasserte "alt" hos for eksempel en helsesøster for de minste barna, eller at en saksansvarlig i spesialisthelsetjenesten brukte mye tid på å samordne ulike instanser i kommunen.

Et meldingssystem/skjema erstatter ikke andre former for kontakt og samhandling, men kan sikre tidligst mulig oppstart av samarbeid og koordinering. For pasienter som har et forløp mellom to seksjoner er det behov for å avtale hvilken instans i SØ som melder og når.

Utvalget ble enige om å lage et relativt enkelt meldeskjema (Vedlegg 1), som vil ligge i DIPS som en mal. Et ordinært brev vil også kunne fungere, men et skjema sikrer et minimum av relevant informasjon, har KUBU ment.

Hensikten med meldingen er at essensiell informasjon når raskest mulig frem til instansen som har forutsetninger for å igangsette koordinert arbeid i kommunen. Kommunenes representanter anmoder om at type tjenester kan meldes, men ikke omfang eller navngitt instanser. Avsender sørger for at foresatte eller ungdommen selv er informert og samtykker.

Alle kommunene har opprettet en postadresse som meldinger sendes til. I de tilfellene det gjelder Servicetorgene, er det navngitte personer som har ansvar for å ta i mot og behandle informasjonen på en sikker måte. En liste over Koordinerende enheter i samtlige kommuner ligger på SØs internettside under Samhandling.

4.2 Svar på anmodninger om utlevering av informasjon til kommunene. Taushetsplikt.

Seksjonene i SØ som er representert i gruppen mottar ukentlig henvendelser fra ulike instanser hvor det anmodes om utlevering av helseinformasjon om pasienter. Forespørsler kommer fra NAV, politi, barnevern, forsikringsselskap, Norsk pasientskadeerstatning og ulike kommunale instanser.

Etter orientering fra spesialrådgiver/jurist Jostein Vist forstår vi det slik at gjeldende enheter i SØ kan forvente at kommunene kan samarbeide internt om informasjon som de har fått/kan forventes å ha. Et eksempel er diagnoser satt av fagpersoner i BUP/HABU, hvor tilbakemelding i form av en psykolograpport eller epikrise er sendt til den kommunale helsetjenesten, evt opp til flere ganger. Det er kommunenes anliggende å samhandle internt rundt informasjonsdeling, og fastlegen er sentral i dette.

Når det gjelder informasjon utvekslet mellom SØ enheter og mellom SØ og kommunens helsepersonell, vil man som regel kunne vurdere det slik at samtykke eksisterer når pasientens/pårørendes atferd tilsier dette, dvs samtykket er implisitt når pasienten/foresatte først har takket ja til helsehjelp. Pasienten/pårørende kan trekke tilbake sitt samtykke når som helst, men helsepersonell vil vanligvis kunne utveksle nødvendig informasjon hvis de ikke har grunn til å tro at pasienten/pårørende motsetter seg det.

5. Tema: Overgang fra ungdom til voksenliv

HABUs medarbeidere opplever fra tid til annen at "alt går i stå" i ungdomsårene. KUBU spør om det er ungdomstidens utfordringer, dårlig koordinering mellom helseforetaket og kommunen eller andre årsaker.

5.1 Ungdommenes perspektiv

For ungdommer med ulike former for funksjonsnedsettelse kan det være vanskelig å overskue hvilke muligheter og begrensninger faktisk eksisterer for dem. Det er en erfaring at ungdommer med lett utviklingshemning for eksempel kan ha urealistiske forventninger, og oppleve nedturen når de oppdager at voksenlivet ikke byr på så ubegrensede muligheter som de hadde sett for seg. Tilgang til opplæring og arbeid, muligheter for å leve selvstendig i egen bolig er ikke alltid noe som den enkelte kan realisere. Det kan være hensiktsmessig å arbeide direkte mot ungdommer, med tanke på at ansvar for eget liv er et viktig mål, og kan ta tid å utvikle.

5.2 Familiens perspektiv

Foreldre/foresatte melder at de opplever at mye av den støtten de har kjent gjennom barnets/ungdommens oppvekst faller bort, at de mister en trygghet som barne- og ungdomshabilitering har gitt dem. Helsetjenestene kan i voksen alder oppleves som mindre koordinerte, spesielt fordi det kan være behov for å forholde seg til flere ulike spesialister og avdelinger for å få dekket de samme behovene som tidligere.

5.3 Spesialisthelsetjenestens rolle

HABU har flere kurs- og gruppetilbud rettet mot ungdommers situasjon og behov. Som eksempler handler kurset "Det store spranget" om utfordringer i overgangen fra ungdom til voksen. "Man vil jo være som alle andre" har tema om tilrettelegging på skolen for inklusjon og deltakelse, tilpasset ungdommens interesser, ferdigheter og fremtidige behov. "Venner og kjærester" er en samtalegruppe for tenåringer med lett utviklingshemning hvor en snakker om pubertetsens utfordringer, samt sosiale spilleregler. Det kan tenkes at invitasjoner til "Det store spranget" bør være aktivt rettet mot foreldre til ungdommer ved en hensiktsmessig alder, og med kjent/antatt store behov. BUP går i gang med psykoedukative tilbud til grupper av ungdommer innen deres målgrupper, f eks ADHD og Aspergers syndrom.

5.4 Kommunenes roller

Kommunenes representanter kunne fortelle om målrettet arbeid med utfordringene til ungdom og deres familier foran overgangen til voksenliv. Planleggings- og koordineringsansvaret i kommunen der ungdommen bor er avgjørende for en vellykket overgang. Selv om det ønskes tjenester fra HAVO etter fylte 18 år, er det viktig at henvisningsansvar plasseres i kommunen. HABU kan om ønskelig bidra med informasjon, særlig i komplekse medisinske forhold. En direkte overføring fra HABU til HAVO uten kommunens medvirkning er lite gunstig og vil i praksis ikke forekomme.

Det var KUBUs konklusjon at det bør arbeides spesielt på tre områder:

- at familien får aktiv støtte til å starte forberedelsen av overgangsprosessen, lenge før ungdommen fyller 18 år, kanskje så tidlig som i 14 års alder.
- at det finnes tiltak som er rettet direkte mot ungdommer som har forutsetninger for å ta en del av ansvaret for eget liv og helse
- at rollene til hhv spesialisthelsetjenesten og kommunen i overgangsfasen må bli klare for alle parter. En eventuell tredje part for HABU er voksenhabilitering (HAVO), som i Østfold er organisert i egen seksjon innen psykisk helsevern. Tilsvarende har BUP behov for å avklare roller i samhandling med voksenpsykiatriske tjenester.

6. Tema: Støtteordninger til familier

Temaet var tenkt som en sondering av hvilke muligheter og praksis kommunene har for å bistå foreldre i spørsmål om økonomiske, praktiske og psykiske utfordringer

6.1 Støtteordninger til pasienter og familier

Det er ønskelig at familier kan henvende seg til én lokal instans for å få mest mulig samlet informasjon og veiledning i forbindelse med ulike støtteordninger. Koordinerende enheter har både kompetanse og mulighet for dette. Det lokale NAV kontoret skal også samarbeide med kommunen, og bistå brukere. Etter visse kriterier vil en familie ha krav på en fast saksbehandler i NAV. Familier som har behov for flere ordninger formidlet av NAV er avhengig av at saksbehandleren kan arbeide på tvers av organisasjonen slik at familien får skreddersydd informasjon og støtte. Individuell plan og koordinator er viktige redskap i dette, og det er ikke sikkert at alle familier med behov har disse på plass.

6.2 Psykososial støtte

KUBU konkluderte med at dette antakeligvis er spredt og varierende. Helsesøstre, fastleger, psykiatriske team, psykologer med driftsavtaler, frivillige organisasjoner er alle muligheter, samt Familievernkontoret, som er et fylkeskommunalt tilbud.

Spesialisthelsetjenesten har erfaring og kompetanse rundt støtte til familier i ulike akutte situasjoner i forbindelse med diagnoseformidling, dødsfall, i forbindelse med varige og kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Det er ønskelig at også kommunene kan bistå foreldre over tid og fra nært hold.

7. Tema: Kompetansetilbud og kompetansebehov.

7.1 Opplæringstilbud til pasienter og pårørende.

En av de fire pålagte oppgavene til spesialisthelsetjenesten er å sørge for opplæring av pasienter og pårørende.

HABU har hatt stor kursaktivitet, og målet har vært et variert tilbud med tanke på diagnosegrupper, aldersgrupper og livsområder. Et flertall av kursene er rettet mot både pårørende og fagfolk.

Evalueringsene umiddelbart etter kursene har stort sett vært positive, men vi har behov for en større sikkerhet med tanke på om vi treffer behovene. HABU'ene i Helse SørØst. Brukermedvirkning bør forsterkes.

Det ble påpekt at foreldre er en heterogen gruppe og ha behov for veivising i et nytt og vanskelig terreng når barnet får en diagnose som vil medføre et langvarig forhold til en rekke offentlige tjenester.

KUBU drøftet andre måter å drive opplæring på, som å vektlegge samtalegrupper for pasienter, og "workshops" for fagpersoner, fokusere på nydiagnostiserte, invitere spesifikke familier og fagpersoner rundt disse familiene, fremfor bare åpne tilbud.

Det er også interesse for e-læring som alternativ til kurs som forelesning, for visse temaer. Brukerrepresentant støtter dette.

Det er en utfordring at HABU ikke ligger sentralt i fylket og at tilbudene ikke er like tilgjengelig for familier i Indre Østfold som i Fredrikstad-Sarpsborg området. Der hvor målgruppen i en kommune er relativt stor er det ønskelig at kommunene etablerer eget tilbud, eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid. HABU har bistått flere kommuner med etablering av grupper for søsken til barn med funksjonsnedsettelse.

Nok en mulighet er overføring av kurs og foredrag ved hjelp av videoutstyr. NAV kontorer har videooverføringsutstyr som bør kunne lånes til opplæringsformål.

Kurstilbudet treffer ikke mange nok av foreldre med innvandrerbakgrunn. Det har i HABU vært utprøvd såkalte "foreldrekaféer" for foreldre tilhørende ulike språkgrupper, og med tolk tilstede, Dette er planlagt videreført, men vil ikke fullt ut dekke behovet.

7.2 Kompetanseoverføring fra kommunene til HABU

HABU har ofte behov for å innhente lokalkompetanse til kurs og andre formål. Det kan gjelde fagteoretisk kompetanse, som et kurs om musikkterapi med kommunalt ansatt musikkterapeut eller erfaringskompetanse, for eksempel fra en kommune som har utarbeidet et godt system rundt planlegging av skolestart.

Vi kjenner ikke til noe system som kan gi oversikt over den samlede kommunale kompetansen. Samhandlingsreformen medfører etablering av Helsehus i de ulike kommunene, og Lærings- og Mestringssentre er en del av disse. Disse må utgjøre en ny mulighet for samhandling. Brukererfaring og brukermedvirkning

8. Konklusjon

Klinisk utvalg for barne- og ungdomshabilitering har fått anledning til å drøfte fellestanker og erfaringer rundt en del viktige temaer i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

For HABUs del har det innledende spørsmålet rundt kommunikasjon med kommunene ved Koordinerende enheter vært spesielt viktig å få drøftet og klarlagt. Møteformen har ellers gitt oss verdifull kunnskap om deler av det kommunale tilbud til våre felles pasienter/brukere.

En av deltakerne skriver: "Dannelsen av dette utvalget førte til en utveksling av informasjon som i utgangspunktet allerede burde vært der. Det har vært nyttig å ta del i erfaringer fra samarbeidende avdelinger i spesialisthelsetjenesten, fra kommunen og fra brukerrepresentanten. Spesielt har det vært nyttig å bli klar over den sentrale rollen koordinerende enhet er tiltenkt rundt brukerne i kommunen og at dette virkelig ser ut til å settes ut i livet. En formalisert melding til koordinerende enhet som vi ble enige om kan sikre bedre samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen...med klarere og mer hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom etatene som en viktig effekt."

9. Anbefalinger

Begrepet habilitering avspeiler ikke bare en administrativ seksjon, og det bør for fremtiden rettes oppmerksomhet på den bredere gruppen av barn og ungdom med behov for langvarige koordinerte tjenester. Det er barnets/ungdommens behov for koordinerte tjenester som er avgjørende, ikke hvilken diagnose barnet har eller hvilken seksjon/hvilke fagpersoner i SØ som gir tjenester. Det bør velges virkningsfulle samarbeidsformer mellom kommunene og SØ på området habilitering av barn og unge.

9.1 Både SØ-ledere og det kommunale apparatet bør gjøre Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator samt Retningslinje 2 kjent i egne team/medarbeidergrupper. Meldingsordningen og meldingsskjemaet, når det tas i bruk, må bli kjent. Det bør sørges for at det tas i bruk i SØ i form av en mal i DIPS.

9.2 KUBU har ikke vært i posisjon til å behandle temaer på en forpliktende måte, utover det som Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator tilsier. Det anbefales derfor igangsatt arbeid med en fylkesdekkende strategiplan for habilitering av barn og unge, uavhengig av diagnose, i samarbeid med brukere og spesialisthelsetjenesten.

En slik plan kunne føre til etablering av flere KUBU for behandling av separate og avgrensede spørsmål. Andre relevante aktiviteter:

- en fylkeskonferanse om habilitering, med brukererfaringer og vekt på samhandling
- lokale temamøter rundt om i fylket, på ulike fagområder, med oppsøkende virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til de fem områdene som er representert i Samarbeidsutvalget
- praksiskonsulentordningen i HABU

9.3 Kommunenes representanter i KUBU ser behovet for et tilsvarende utvalg for habilitering av voksne.

Referanser:

[Samarbeidsavtalen mellom SØ og kommunene i Østfold](#) se også retningslinje 2

Lov og forskrift

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#)

[Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

[NAV-loven](#)

[Folketrygdloven](#)

[Opplæringsloven](#)

Helsedirektoratets publikasjoner

[Handlingsplan for habilitering av barn og unge](#) 2009

[Barn og unge med nedsatt funksjonsevne-hvilke rettigheter har familien?](#) 2013

Spesialisthelsetjenester

[Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse SørØst](#)

Barne,-likestillings- og inkluderingsdepartementet

[Informasjons og utviklingsplan for mennesker med utviklingshemning](#) 2010

Utkast: Mal for melding fra Sykehuset Østfold til Koordinerende enhet om barn/unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Melding til Koordinerende enhet i _____ kommune: barn/ungdom med behov for sammensatte og koordinerte tjenester

navn, f dato, adresse (kommer automatisk i DIPS)

navn og telefonnummer til foresatte:

- årsak henvisning til SØ
- dato siste henvisning _____
- behandlingsforløp oppsummert
- navn på koordinator/kontaktperson i spesialisthelsetjenesten
- planlagte videre tjenester fra spesialisthelsetjenesten
- antatte behov for kommunale tjenester: tjenesteområder
- ønsker foresatte at Koordinerende enhet tar kontakt?

Foresatte har samtykket i at meldingen sendes ja

signatur (kommer automatisk i DIPS)