

Samarbeidsformer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske vansker

Først publisert: 22. april 2021

Siste faglige endring: 22. april 2021

Innhold

1. Oppdrag	3
2. Helsedirektoratets arbeidsprosess	4
3. Bakgrunn	5
4. Utfordringsbildet	6
5. Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger til HOD	7
6. Hvordan kan dagens styringssignaler og virkemidler best innrettes for å stimulere til mer dialog og understøtte tjenestene?	13
7. Samarbeidsmodeller og pakkeforløp	14
8. Generelt om evaluering av modeller	15
9. Generelt om juridiske vurderinger	16
10. Generelt om finansieringsordninger	19
11. Hvordan kan enighet om kommunalt tilbud til barnet/familien registreres i NPR når henvisning er registrert?	20

Oppdrag

Tillegg nr. 45 til Tildelingsbrev 2019 – nye oppdrag og oppfølging av RNB-2019.

Helsedirektoratet skal som en forberedelse til innføring av bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge beskrive mulige samarbeidsformer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Formålet er:

- Å sikre barn, unge og familier med psykiske problemer/lidelser rask og riktig helsehjelp på riktig nivå.
- At henvisningene er så godt avklart i samarbeid mellom nivåene at avslag i BUP normalt ikke forekommer.

Det legges til grunn at Helsedirektoratet skal ta utgangspunkt i og beskrive modeller som i dag praktiseres, men også vurdere om det er behov for å foreslå andre modeller.

Helsedirektoratet skal i arbeidet vurdere hvordan dagens styringssignaler og virkemidler best kan innrettes slik at de stimulerer til mer dialog og understøtter målene for tjenestene, herunder om det foreligger formelle eller praktiske hindringer for å etablere hensiktsmessige arbeidsformer i tilknytning til henvisning.

Direktoratet bes også vurdere hvordan "avslag" som følge av enighet om kommunalt tilbud fremfor BUP bør registreres i NPR.

Arbeidet skal sees i sammenheng med pakkeforløp for barn og unges psykiske helse. KS, brukerorganisasjonene og RHF forutsettes invitert med i arbeidet. Helsedirektoratet bes vurdere hvordan tiltaket kan evalueres.

Helsedirektoratets arbeidsprosess

For å utarbeide rapporten har Helsedirektoratet etablert en arbeidsgruppe med følgende deltakere:

- Mental Helse Ungdom
- Barn av rusmisbrukere (BAR)
- Norsk psykologforening
- Utdanningsdirektoratet (ikke svart på henvendelser)
- KS
- Norsk sykepleierforbund (Landsforeningen for helsesykepleiere) (ikke deltatt i møter)
- Den norske legeforening (Norsk forening for allmennmedisin) og Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening (NBUPF)
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Midt RHF
- Helse Vest RHF

Fra Helsedirektoratet har flere avdelinger bidratt til rapporten.

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har presentert ulike samarbeidsmodeller fra egne regioner. I tillegg har Helsedirektoratet innhentet Helse Sør-Øst sine erfaringer med henvisninger i forbindelse med deres BUP-prosjekt.

Helsedirektoratet beskriver i vedlagte rapport modeller med fokus på gode pasientforløp gjennom tydelig ansvars- og oppgaveavklaring og samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Anbefalingene i rapporten er rettet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som svar på oppdrag fra departementet, og er ikke normerende anbefalinger fra Helsedirektoratet for implementering i helse- og omsorgstjenestene.

Bakgrunn

Brukerperspektivet

Et sentralt premiss i arbeidet er at barn og unge skal få rett hjelp til rett tid på rett sted.

Henvisningsprosesser bør fungere slik at færrest mulig opplever avslag og at det gis god informasjon om tjenestene slik at barn, unge og foreldre kan gi et informert samtykke til hjelpen som planlegges. Dette gjelder både fra kommune til spesialisthelsetjenesten og når det skal legges til rette for oppfølging og hjelp i kommunen i etterkant av utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Barn, unge og foreldre skal oppleve møtet med tjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten som ivaretakende, koordinerte og involverende.

Pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn og unge og Nasjonal helse- og sykehusplan

For å bidra til rett hjelp til rett tid på rett sted, anbefaler Pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn og unge et felles forum med kommunale tjenester og psykisk helsevern. Hensikten er at barn, unge og foreldre i samarbeid med aktuelle tjenester drøfter og avklarer hva som er det beste tilbudet for dem.

Helsedirektoratet har i innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan foreslått tre hovedmodeller for samarbeid rundt henvisning. Anbefalingene i rapporten omhandler noen av disse.

- Felles møte ute i kommunen med psykisk helsevern og kommunale tjenester. Henvisninger drøftes og samtidig gjøres rettighetsvurdering
- Felles henvisningsforum med representant fra spesialist før henvisning sendes til psykisk helsevern
- Inkludering av representant fra kommune i inntaksteam i psykisk helsevern

Helse- og omsorgsdepartementet har som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan gitt oppdrag til regionale helseforetak om bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Oppdraget omfatter alle typer lidelser/vansker hos barn. Dette oppdraget omhandler kun psykiske problemer/lidelser hos barn og unge.

Utfordringsbildet

Mange barn og unge med psykiske problemer/lidelser opplever å ikke få den hjelpen de trenger når de trenger den. Det er stor variasjon i andel barn og unge som mottar hjelp i spesialisthelsetjenesten, det varierer hvilken hjelp de får, det varierer hvor mange som avvises av spesialisthelsetjenesten og det er store forskjeller i de kommunale tjenestetilbudene. Bedre prosesser rundt henvisninger kan bidra til mer likeverdige helsetjenester til denne gruppen, bl.a. gjennom å redusere andel henvisninger som resulterer i avslag. Andel avslag innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) lå på i overkant av 20 prosent i 2018 og 1. og 2. tertial 2019¹.

Manglende kjennskap til hverandres tjenestetilbud innad i og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er i dag en utfordring. Dette medfører at ikke alle relevante hjelpetilbud blir vurdert og benyttet og at en ev. henvisning ikke inneholder relevante opplysninger. Rett hjelp til rett tid forutsetter at de ulike tjenestene kjenner til hverandres tilbud. Manglende relevante opplysninger i henvisningen kan igjen medføre at henvisningen blir avslått i BUP.

Målet med denne rapporten er å sikre barn og unge rett hjelp til rett tid på rett sted. En felles problemforståelse er viktig for at vurderinger og anbefalinger skal oppleves nyttige.

Problembeskrivelsen over samsvarer i stor grad med Helse Sør-Øst sitt BUP-prosjekt og deres oppsummering av utfordringer i PHBU:

Hovedutfordringer fra BUP-prosjektet

- Tynne henvisninger og manglende kjennskap til pakkeforløp/krav/prioriteringsveileder
- Manglende kommunikasjon og samarbeid mellom kommune/bydel og BUP
- Manglende oversikt og koordinering av tjenester i kommune/bydel

¹Andel avslag beregnes for henvisninger registrert med rett til helsehjelp kode5 Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som en andel av summen av nyhenviste og avviste i perioden. I mangel av rapportert fagområde på avviste henvisninger, benyttes henvisninger med avdelingskode innen PHBU.

Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger til HOD

Etter Helsedirektoratets vurdering kan koordinerte tjenester og godt avklarte tilbud innad i kommunen (inkl. somatisk vurdering av fastlege), forsterket med vurderinger og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, bidra til at flere barn og unge får hjelp i kommunen (og dermed bidra til at færre henvisninger sendes til spesialisthelsetjenesten). Videre kan veiledning fra spesialisthelsetjenesten bidra til at henvisninger utformes med bedre kvalitet, og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten vil sikre godt koordinerte og avklarte henvisninger, som vil gi færre avslag ved rettighetsvurdering. De som har behov for og rett til det, skal få hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet legger dette til grunn og anbefaler "Samhandlingsforløpene" som en overordnet modell for barn og unge med psykiske vansker/lidelser. Modellen bør danne grunnlaget for å videreutvikle samarbeidsavtaler (Helsefelleskap) mellom helseforetak og tilhørende kommuner for å ivareta barn og unge med psykiske vansker/lidelser.

Nasjonal modell «Samhandlingsforløp»

"Samhandlingsforløpene" er utviklet i Helse Fonna.

Målet med Samhandlingsforløpene er at barn og unge med psykiske helseplager skal få rett hjelp fra rett tjeneste og at tiltakene fra de ulike tjenestene henger sammen og oppleves som et helhetlig tilbud for barn, unge og foreldre.

Samhandlingsforløpene er en beskrivelse av ansvar-, rolle- og oppgavefordeling mellom ulike kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten ved de vanligste psykiske helseplagene hos barn og unge. For noen tilstander kan funksjonsfordelingen variere lokalt, mens beskrivelser av tilstander gjelder mer generelt.

Forløpene fungerer som et kart over de ulike tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og gir en oversikt over hvilke tjenester som kan og bør bidra når barn og unge viser tegn eller symptomer på ulike psykiske helseplager.

Slike kart kan hjelpe barn og unge og foreldre til å se hvor de er i forløpet og hva de ulike tjenestene kan bidra med. For tjenestene vil en synliggjøring av roller og ansvar, både i kommune og spesialisthelsetjeneste, bidra til å sikre at alle barn og unge med psykiske helseplager får rett hjelp på rett sted. For barn og unge med behov for spesialisthelsetjenester vil avklarte roller og ansvar bidra til mer koordinerte henvisninger av bedre kvalitet, som igjen vil medføre at færre henvisninger får avslag i spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløpene for psykisk helsevern er integrert i beskrivelsene av de ulike tjenestenes ansvar, roller og oppgaver.

Samhandlingsforløpene er et eksempel på samarbeid på systemnivå, som ikke er direkte knyttet til det enkelte barn eller ungdom. I samhandlingsforløpene samarbeider spesialisthelsetjenesten og kommuner om å beskrive ansvar og roller for de ulike delene av tjenesteapparatet. Beskrivelsen er en tydeliggjøring for barn, unge og foreldre, men også andre tjenester, om hvem som kan og bør bidra når et barn eller ungdom trenger hjelp.

Eierskap til en tydeligere oppgave- og ansvarsbeskrivelse kan bidra til bedre samhandling ved mer avklarte forventninger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsforløpene er utviklet på en systematisk måte og bygger på en metodikk som sikrer god forankring og eierskap for involverte tjenester. Det at tjenestene selv har beskrevet sin rolle og ansvar gir samhandlingsforløpene legitimitet. Samhandlingsforløpene eies og videreutvikles i fellesskap mellom kommuner og foretak som slutter seg til dette som verktøy. Ansvaret for forvaltning av faglig innhold vil kunne knyttes til helsefellesskapene i regionene.

Se [vedlegg](#) og <https://helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste> for mer informasjon.

Prinsipper for lokale samarbeidsmodeller i de planlagte Helsefellesskapene

Helsedirektoratet anbefaler "Samhandlingsforløpene" som overordnet samarbeidsmodell.

"Samhandlingsforløpene" er samarbeid på systemnivå og bør være en overordnet modell eller et rammeverk med tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er et viktig og nødvendig grunnlag for gode henvisningsprosesser, herunder også dialog.

I tillegg til "Samhandlingsforløpene" bør det etableres forpliktende lokale samarbeidsmodeller for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, men også innad i kommunene, for det enkelte barn eller ungdom. Grunnet demografisk og geografisk variasjon samt ulik organisering i kommunene er Helsedirektoratets vurdering at en felles nasjonal modell ikke vil ivareta denne variasjonen.

De lokale samarbeidsmodellene bør beskrive hvordan den enkelte kommune organiserer og koordinerer sine tjenester og hvordan de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske helseplager. Modellene bør bygge på prinsippene under.

Mange steder har utviklet og etablert godt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten knyttet til henvisninger. Arbeidsgruppen har vektlagt at det er viktig å videreføre eksisterende modeller for samarbeid som fungerer godt. For å understøtte dette, bør det tilrettelegges for dialog med barn, unge og foreldre, henviser eller andre tjenester, som ikke forutsetter fysiske møter.

Grunnprinsipper

- Alle barn og unge med klare tegn eller symptomer på psykiske vansker/lidelser må sikres et tilbud om hjelp på beste effektive omsorgsnivå, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen.
- Barn, unge og foreldre må sikres god og lett tilgjengelig informasjon og mulighet for deltakelse i møter. Deres mening skal høres, tillegges vekt og dokumenteres i prosessen, i tråd med gjeldende regelverk.
- Ved deling av taushetsbelagt informasjon mellom tjenester, må man sikre gode rutiner for å innhente informert samtykke fra barn, unge og foreldre, samt rutiner for at det ikke deles mer informasjon enn nødvendig eller at det deles informasjon med flere aktører enn nødvendig.

Før henvisning

Prosess i kommunen før det vurderes henvisning til spesialisthelsetjenesten:

- Sikre en bred kartlegging og vurdering av barnet/ungdommen før henvisning til spesialisthelsetjenesten. [Firfotmodellen](#)² er et eksempel på et verktøy som kan benyttes for kartlegging før henvisning.
- Mulighet for kommunalt koordineringsforum, ev. et koordineringsforum med spesialisthelsetjenesten. Ved usikkerhet om det bør henvises til spesialisthelsetjenesten, bør henviser drøfte med spesialisthelsetjenesten og barnet/ungdommen og foreldre før ev. henvisning.
- Fastlegen har et koordinerende ansvar for sine pasienter. For å ivareta dette ansvaret, må fastlegen ha informasjon som er nødvendig for å følge opp pasienten (f.eks. når det iverksettes tiltak ut over ordinær oppfølging av barnet/ungdommen i andre kommunale tjenester). Ved avslutning av slike tiltak, bør fastlege orienteres om årsak til kontakt, tiltak, effekt og vurdering av behov for videre oppfølging. Ved behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, bør fastlege møte barnet/ungdommen for en vurdering. Dersom henviser ikke er fastlege, bør fastlege konsulteres før henvisning sendes.

Ved henvisning og rettighetsvurdering

Prosess i spesialisthelsetjenesten når henvisningen vurderes:

- For henvisninger som fyller kriteriene for hjelp i spesialisthelsetjenesten skal barnet/ungdommen og foreldre uten unødig opphold informeres om tidspunkt for første samtale (jf. pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge)
- Vurdere behov for overføring og/eller samarbeid med andre tilbud innen psykisk helsevern (se f.eks. kap. om andre spesialiserte tilbud innen psykisk helsevern), tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller somatisk spesialisthelsetjeneste
- Ved vurdering av avslag, bør det etableres dialog med henviser, barnet/ungdommen og foreldre for å sikre et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag
- Ved avslag, bør andre tilbud, inkl. ev. veiledning, være avklart i samarbeid med henviser, barnet/ungdommen og foreldre før spesialisthelsetjenesten avslutter saken.

Underveis og ved avslutning etter utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten

Prosess i spesialisthelsetjenesten og kommunen:

- Etablere konkrete rutiner mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for ivaretagelse og samarbeid om barn og unge som har behov for samtidige tjenester fra kommunen eller vil ha behov for særlig oppfølging etter avslutning i spesialisthelsetjenesten.
- Ved avslutning bør spesialisthelsetjenesten drøfte, vurdere og avklare aktuelle tilbud i kommunen med barnet/ungdommen og foreldre.

Andre spesialiserte tilbud innen psykisk helsevern

I tillegg til det ordinære psykiske helsevernet, er det noen nasjonale tilbud innen psykisk helsevern som har som målsetting å sikre likeverdige tilbud for enkelte sårbare grupper.

Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse ([NBHP](#)) er en del av spesialisthelsetjenesten og tilbyr bistand til hørselshemmede, døve og døvblinde, samt barn av døve foreldre. NBHP tar imot henvisninger fra kommune eller spesialisthelsetjeneste og bør konsulteres, i tillegg til lokal BUP, ved vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) er en del av spesialisthelsetjenesten og tilbyr utredning og behandling innenfor psykisk helsevern og rus. SANKS har i tillegg nasjonale kompetansetjenestefunksjoner for den samiske befolkningen og kan konsulteres ved vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

² Modellen er utviklet av Hilchen Sommerschild, Professor emeritus, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Kartleggingsverktøyet er utarbeidet av Ida Garløv, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, i samarbeid med en tverrfaglig gruppe i Sandnes kommune med økonomisk støtte fra tidligere Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (nå Regionalt kunnskapssenter om barn og unges psykiske helse) i Helse Vest.

Eksisterende samarbeidsmodeller

Mange av samarbeidsmodellene som i dag benyttes mellom helseforetak og kommuner ivaretar flere av prinsippene Helsedirektoratet vurderer som sentrale for å nå målet om rett hjelp til rett tid på rett sted. Noen modeller kan benyttes for alle pasienter alle steder, andre krever spesielle forhold.

Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes hvordan eksisterende modeller kan tilpasses slik at de ivaretar prinsippene over.

Under følger eksempler på noen modeller (se vedlegg for mer utfyllende opplysninger). Modellene ivaretar flere av prinsippene over, men med fokus på ulike faser av forløpet og ulike måter å løse det på.

Familiemøte – før henvisning

Barnets og familiens utfordringer drøftes mellom kommunale tjenester før BUP ev. inviteres til et møte med familien. Familien eller tjenesten beskriver problemstillingen. Sammen drøftes ulike tiltak og hvem som har ansvaret. Hvis det vurderes at BUP skal ha en rolle, fungerer familiemøtet som inntaksmøte og barnet får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Henvisning ettersendes samme dag og barnet får ingen ventetid.

Familiemøte blir oppstart av utredning og/eller behandling i BUP, jf. pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge.

Inntak ute (Nic Waals institutt, NWI) – etter henvisning er sendt

Henvisninger vurderes av spesialisthelsetjenesten. Ved tvil om barnet skal innvilges rett til helsehjelp, drøftes henvisningen i et felles ukentlig inntaksmøte med kommunens/bydelens etater. Forut for inntaksmøtet, kontakter NWI pasienten og foreldre for å gi informasjon og innhente samtykke til drøfting. Dersom inntaksmøtet konkluderer med at barnet skal få et tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, informerer NWI pasienten/foreldrene om konklusjonen, og det innhentes samtykke til at den aktuelle kommunale tjenesten kan kontakte pasient/foreldre for å følge opp videre behandling.

Alle vurdert (BUP Nordhordland) – etter henvisning er sendt

Henvisninger vurderes av spesialisthelsetjenesten. Ved tvil om barnet skal innvilges rett til helsehjelp, gjennomføres det en vurderingssamtale med alle barn/foreldre innen vurderingsfristen. Dette oppleves svært ressurskrevende. Etter en vurderingssamtale med barn og foreldre, gis det tilbakemelding på rettighetsvurderingen. Ved avslag på henvisning, drøftes andre aktuelle tilbud og BUP kan bistå med kontakt og etter samtykke sendes oppsummering til henviser, fastlege og ev. andre som skal følge opp barnet og foreldre.

CAPA (BUPA Tromsø) – etter henvisning er sendt

Choice And Partnership Approach (CAPA) er en modell for organisering og drift av helsetjenester. Ved CAPA-drift avslås kun feilsendte henvisninger. De andre inviteres til en samtale for å få avklart barnets og foreldrenes mål og behov. Rettighetsvurderingen gjøres innen vurderingsfristen og avklaringssamtaler gjøres etter rettighetsvurdering. Tilbudet avsluttes dersom det likevel ikke er aktuelt for barnet og foreldrene. BUP gir informasjon om aktuelle tilbud i kommunen og bistår med dette dersom barnet og foreldrene ikke ønsker et tilbud i BUP nå.

Implementering av samarbeidsmodeller i kommunene

Gode samarbeidsmodeller forutsetter at kommunene opplever at de er en likeverdig partner og at de involveres i utviklingen av modeller. Mulige gevinster for kommunene og muligheter for lokale tilpasninger bør da synliggjøres, men må ivareta spesialisthelsetjenestens opptaksområder.

Endringer i føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten jobber, medfører ofte en tilsvarende endring i kommunenes måte å jobbe på. For å lykkes med endring, er det en forutsetning at føringer som gis gjelder både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Helsefelleskapene kan være en god arena for å planlegge og implementere de endringer som foreslås i rapporten.

Lokal variasjon

- Mulighet for lokale tilpasninger muliggjør videreføring eller tilpasning av eksisterende samarbeidsmodeller, som ivaretar prinsippene, fremfor innføring av nye modeller.

Gevinster for kommunen

- Kommunene har ansvar for oppfølging av barn og unge med psykiske helseplager både før, under og etter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Bedre samarbeid i hele prosessen kan



bidra til unødig ressursbruk på henvisninger som avslås, og erstattes med bedre dokumentasjon av barnets behov i henvisningen, bedre samarbeid om ulike tiltak og mer målrettede og tilpassede tiltak når barn og unge er underveis eller ved avslutning i spesialisthelsetjenesten.

Hvordan kan dagens styringssignaler og virkemidler best innrettes for å stimulere til mer dialog og understøtte tjenestene?

Styringssignalene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene bør bygge på målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) om blant annet tiltak som gir bedre samhandling og mer helhetlige tjenester. Det dreier seg om veiledning og samarbeid på systemnivå, som Helsefelleskapene legger opp til.

Det er flere virkemidler som kan bidra for å sikre bedre dialog mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Digitale verktøy kan sikre god ressursbruk og gjennomførbarhet i områder med lange reiseavstander.

Kommunale tjenester for denne gruppen omfatter ofte ulike sektorer. En bør utrede hvordan det kan tilrettelegges for koordinering og elektronisk kommunikasjon på tvers av sektorer.

Bedre tilrettelegging for bruk av digitale verktøy kan også understøttes av tydelige anbefalinger gjennom pedagogiske virkemidler som Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og andre normerende produkter.

I hvilken grad samhandling skal være mer målbart og rapporteres bør en vurdere nærmere.

Det er noen samhandlingstjenester som rapporteres til NPR og gir grunnlag for ISF, jamfør kapittel om finansiering. Det vesentlige omfanget av samhandlingsaktiviteter blir derimot ikke rapportert detaljert og særskilt. Det kan for eksempel gjelde rehabiliteringspasienter eller pasienter innen psykisk helsevern som overføres til kommunen.

Helsedirektoratet har i oppdragsdokumentet for 2020 fått i oppdrag å vurdere hvordan kvalitetsbasert finansiering (KBF) kan endres for å knytte ordningen tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til samhandling og digitalisering, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan. Det skal legges vekt på å redusere antall indikatorer og tydeliggjøre sammenhengen mellom indikatorer og ønsket praksisendring i tjenesten.

Samarbeidsmodeller og pakkeforløp

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) understøtter tydelig anbefalingene i pakkeforløpene for psykisk helse og rus. I Nasjonal helse- og sykehusplan gis det også tydelige føringer for samhandling, bl.a. om etablering av Helsefellesskap, som en modell for å realisere samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, også for barn og unge med psykiske helseplager.

Anbefalingene i pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge er godt integrert i Samhandlingsforløpene. Helsedirektoratet anbefaler i tillegg at det utvikles lokale samarbeidsmodeller som tydelig ivaretar selve prosessen og dialogen i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av disse samarbeidsmodellene må ses i sammenheng med arbeidet med å implementere pakkeforløpene. Helsedirektoratets anbefalinger om prinsipper som bør ligge til grunn for lokale samarbeidsmodeller, gjenspeiler tydelig anbefalinger i pakkeforløpene. De anbefalte prinsippene kan ses som en tydeliggjøring av anbefalingene i pakkeforløpene.

Helsedirektoratets vurdering er at pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge er godt integrert i Samhandlingsforløpene, som anbefales som en nasjonal overordnet modell. I utvikling av Helsefellesskapene bør de anbefalte prinsippene legges til grunn for lokale samarbeidsmodeller, særlig når det gjelder barn og unge med psykiske helseplager. Helsedirektoratet vurderer at Pakkeforløpene, Samhandlingsforløpene og lokale samarbeidsmodeller (Helsefellesskapene) må ses i sammenheng og som gjensidig avhengige tiltak for å lykkes med å sikre barn og unge med psykiske helseplager rett hjelp på rett sted til rett tid.

Generelt om evaluering av modeller

Dersom Helsedirektoratets anbefalinger legges til grunn for oppdrag til regionale helseforetak (RHF), anbefaler Helsedirektoratet at disse følges opp gjennom styringsdialogen med RHF-ene om Helsefellesskapene, som vil ha en sentral rolle i å etablere gode samarbeidsformer.

Det viktigste målet på om modellene fungerer, vil være brukerundersøkelser: hvordan opplever barnet/ungdommen og foreldre prosessen rundt henvisning/inntak/avslag. Møter modellene barn og unges behov for rett hjelp til rett tid på rett sted?

For å vite hvilke mekanismer som gjør seg gjeldende under hvilke forhold, bør det vurderes en følgeevaluering, dersom anbefalingene blir føringer for RHF-ene. Anbefalingene tilstreber at lokale løsninger videreføres og ev. utvikles. Målsettingen bør være å vurdere om og i hvilken grad prinsippene blir ivaretatt. Og om dette samsvarer med det barn og unge og foreldre rapporterer i brukerundersøkelser.

Dersom de anbefalte modellene har ønsket effekt, vil en evaluering etter hvert også vise en lavere andel avslag i spesialisthelsetjenesten. En mer differensiert registrering kan også gjøre det mulig å se om avslagene innebærer at barn og unge har fått tilbud om hjelp et annet sted. Dette bør også ses i sammenheng med antall rehenvvisninger, som kan gi en indikasjon på om hjelpen som ble gitt var rett hjelp. Rehenvvisninger må imidlertid undersøkes nærmere for å vurdere mulige årsaker.

En utvikling av "Samhandlingsforløp" vil innebære bedre kjennskap til andre tjenester og gjensidig kompetanseutvikling. Kanskje vil det også gjenspeile seg i tydeligere ansvarslinjer og kanskje også i endringer i lokale organisasjonsstrukturer?

I tillegg til et ev. oppdrag til RHF-ene om dialog som ledd i henvisning til spesialisthelsetjenesten, bør det vurderes om dette også bør følges opp gjennom styringsdialogen med Fylkesmennene.

Prosjekt Barn og unges helsetjeneste – Samhandlingsforløp i Vest, har beskrevet erfaringer med måling og evaluering av Samhandlingsforløpene i Helse Fonna. Her rapporterer både kommuner og spesialisthelsetjeneste om at forløpene har ført til endringer i samhandling, at roller og ansvarsområder er blitt tydeligere og at det gir mer effektive forløp for barn og unge. Etter implementering er avslagsprosent på henvisninger til BUP redusert, særlig gjelder det henvisninger fra kommunale tjenester. Avslag på henvisninger gis i dag nesten utelukkende til fastleger som ikke forholder seg til sjekkliste for henvisning i samhandlingsforløpene og anbefalinger i pakkeforløpene. Det vil jobbes målrettet med tiltak overfor fastleger for å redusere avslagsprosent ytterligere i 2020.

Det er foreløpig for tidlig å måle effekt av implementering i de andre HF-ene, men følgende måleparametre vil følges over tid på tvers av regionen:

- Avslagsprosent ved hver BUP.
- Brukertilfredshet med samhandling målt ved brukererfaringsundersøkelser i BUP-ene, egne spørsmål om ungdommers og foresattes oppfatning av hvordan BUP samhandler med kommunale tjenester.
- BUPs samhandling med andre tjenester målt ved koding i pakkeforløp.
- Fagfolks vurdering av samhandling mellom tjenester målt ved bruk av spørreskjema før og etter implementering av samhandlingsforløp.

Generelt om juridiske vurderinger

For å nå målene om riktig helsehjelp til rett tid og gode og avklarte henvisninger til BUP, anbefaler Helsedirektoratet at det utarbeides lokale modeller for samhandling, som ivaretar noen grunnleggende prinsipper.

I arbeidet med å utarbeide lokale samarbeidsmodeller, må helseforetakene og kommunene selv sørge for å lage modeller som overholder de krav som følger av lover og forskrifter.

Det er ikke foretatt utfyllende juridiske vurderinger av eksempelmodellene som er gitt i denne rapporten. Det er i noen tilfeller foretatt vurderinger av de juridiske aspektene ved modellene av jurister ved helseforetakene, blant annet har juristene ved Oslo universitetssykehus (OUS) foretatt [vurderinger av modellen Inntak Ute](#), som gjennomføres ved Nic Waals Institutt ved Lovisenberg Diakonale sykehus.

I det følgende vil vi likevel peke ut enkelte juridiske problemstillinger som vi anser som særlig viktig å belyse i denne sammenheng.

Taushetsplikt og hjemmelsgrunnlag for deling av opplysninger

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21.

Når kommunale helse- og omsorgstjenester, andre tjenester og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om et barn/en ungdom som har behov for hjelp for psykiske helseplager, vil det i de fleste situasjoner være behov for å dele opplysninger som er omfattet av helsepersonells taushetsplikt. Det vil kunne være behov for å dele opplysninger både med annet helsepersonell, og med ansatte i andre tjenester/sektorer.

Helsepersonell har rett, og noen ganger plikt, til å utveksle opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp, med samarbeidende personell, jf. helsepersonelloven § 25 og § 45.

Det er en forutsetning at pasienten ikke motsetter seg at opplysningene deles med annet helsepersonell. Pasienten har rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om disse er nødvendige for å yte helsehjelp. Det er i utgangspunktet ingen plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysningene utleveres. Dersom det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg, må helsepersonellet undersøke nærmere før eventuell utlevering skjer.

Helsepersonellets mulighet til å utveksle taushetsbelagte opplysninger til sektorer utenfor helse, som eksempelvis barnehage eller skole, er som hovedregel basert på samtykke.

Samtykket skal være avgitt av en person med samtykkekompetanse, og det skal være frivillig og informert. Et gyldig samtykke gir helsepersonell rett til å gi opplysninger videre så langt samtykket gjelder. At samtykke er informert, forutsetter at den opplysningene gjelder har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå

rekkevidden av samtykket. Dette innebærer informasjon om hvilke opplysninger det er aktuelt å videreformidle, til hvem opplysningene skal gis, hva som er formålet med videreformidlingen og eventuelle konsekvenser av denne.

Det stilles ingen formkrav til samtykket etter § 22 og det behøver ikke å være skriftlig. Også indirekte og underforstått samtykke vil kunne være tilstrekkelig i konkrete situasjoner. Det er likevel sånn at jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere er kravet til å sikre og kunne dokumentere at pasienten er tilstrekkelig informert før samtykke gis.

Pasienten kan når som helst trekke samtykke helt eller delvis tilbake jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, annet ledd. I slike tilfeller plikter den som yter helsehjelpen å gi nødvendig informasjon om følgene av at samtykket trekkes, og at helsehjelpen opphører.

Helsedirektoratet anbefaler at det alltid innhentes samtykke fra barnet/ungdommen/foreldre dersom deres henvisning skal drøftes i et samarbeidsforum eller lignende, eller dersom det er behov for å ta kontakt for å avklare annet tilbud til barnet/ungdommen. Det er viktig at kommunene og helseforetakene utarbeider gode rutiner for innhenting av samtykke, og at det er tydelig for barnet/ungdommen/foreldre hvilke opplysninger det er aktuelt å videreformidle, til hvem opplysningene skal gis, hva som er formålet med videreformidlingen og eventuelle konsekvenser av denne.

Opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold er å anse som personopplysninger. Et grunnleggende personvernprinsipp er at man skal søke å begrense mengden innsamlede personopplysninger til det som er nødvendig for å oppnå innsamlingsformålet (dataminimering). Helseforetakene og kommunene bør særlig se hen til dette i utarbeidelsen av samarbeidsmodeller lokalt.

Særlig om anonyme drøftelser

Dersom barnet/ungdommen/foreldre ikke samtykker til at taushetsbelagte opplysninger kan deles med andre tjenesteytere i et samarbeidsforum eller lignende, har det vært diskutert hvorvidt man har anledning til å diskutere saker anonymt.

Det følger av helsepersonelloven § 23 nr. 2 at taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse er betryggende ivarettatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt og opplysningene er anonyme.

Det må vurderes konkret om enkeltpersoner kan identifiseres på grunnlag av opplysningene. Det avgjørende er om opplysningene inneholder tilknytningspunkter (kommunenavn, kjønn, alder, diagnose etc.) som til sammen er tilstrekkelig for å kunne identifisere enkeltpersoner. Opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson, vil som utgangspunkt innebære at opplysningene er anonyme. Men det er ikke alltid en sletting av slike opplysninger kan hindre en identifisering av personen. Det kan være andre opplysninger, som utdanning, yrke, bosted etc som kan identifisere personen. Opplysningene kan da knyttes til en enkeltperson og er ikke anonyme.

Det stilles strenge krav til at identifikasjon ikke skal være mulig, verken direkte eller indirekte, for at kravet til anonymitet skal være oppfylt. Det er lagt til grunn at opplysninger er anonymiserte når de kan knyttes til fire-fem personer eller flere.

Dersom helseforetakene og kommunene vil legge opp til anonyme drøftelser, bør det vurderes nøye om opplysningene som fremsettes kan medføre at barnet/ungdommen/foreldre kan identifiseres.

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Når en pasient henvises til spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og fastsette en frist for når helsehjelpen skal igangsettes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Pasienten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten, få informasjon om hun/han har rett til nødvendig helsehjelp og frist. Det skal samtidig oppgis start av behandling eller utredning jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Eksempelmodellene som presenteres i denne rapporten gjennomfører rettighetsvurderingen på ulike måter. Det er viktig at lokale modeller for samarbeid om henvisninger sørger for at spesialisthelsetjenesten kan overholde kravene til rettighetsvurdering og fristsetting, som følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Det må være tydelig for barnet/ungdommen og foreldrene når spesialisthelsetjenesten har vurdert at de har, eller ikke har, rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og hvilken frist de har fått for oppstart av helsehjelpen. Lokale modeller må også sørge for at barnet/ungdommen og foreldrene får den informasjonen de skal ha om oppstart av utredning eller behandling.

Generelt om finansieringsordninger

I spesialisthelsetjenesten er ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) lagt til rette for samhandlingsaktiviteter omkring pasienter. Det kan dreie seg om samarbeidsmøter, oppfølgingssamtaler, videokonsultasjoner med videre. Det er også lagt til rette for bruk av digitale tjenester som nettbasert behandling (e-meistring). ISF bygger på innrapporterte data til Norsk pasientregister (NPR).

Det følger av ISF-regelverket at samkonsultasjoner med relevante aktører innen kommunehelsetjenesten kan telle med i beregningsgrunnlaget, uavhengig av om pasienten er formelt henvist eller ei. Det legges da til grunn at kontakten kan rapporteres til NPR som øvrige kontakter.

Generelle veiledningsaktiviteter mot kommuner som ikke retter seg mot personer (og som heller ikke rapporteres til NPR) er ikke omfattet av ISF, men forutsettes dekket av øvrige midler (basisbevilgningen). ISF oppdateres årlig innenfor gjeldende rammer etter innspill fra regionale helseforetak og fagmiljøer i helseforetakene.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en mindre finansieringsordning innen spesialisthelsetjenesten som baserer fordeling av midler på oppnådde kvalitetsmål, representert ved et utvalg kvalitetsindikatorer for det meste innen somatikk, men også noen indikatorer innen psykisk helsevern.

I kommunehelsetjenesten er helsetjenestene som hovedregel finansiert gjennom rammen til kommunen og er i begrenset grad omfattet av aktivitetsbasert finansiering. I den grad fastlegene eller fysioterapeutene er involvert i tjenestetilbudet, vil konsultasjoner gi grunnlag for aktuelle takster. Det er også etablert en takst for dialog mellom fastlegene og legene i spesialisthelsetjenesten.

Videre er det også en del særskilte tilskuddsordninger kommunene kan søke om innenfor helseområdet. Finansieringsordningene skal sammen med øvrige virkemidler bidra til å understøtte pasientbehandlingen.

Hvordan kan enighet om kommunalt tilbud til barnet/familien registreres i NPR når henvisning er registrert?

Alle henvisninger som mottas og registreres i spesialisthelsetjenesten skal rapporteres til NPR. Henvisninger som mottas i spesialisthelsetjenesten skal registreres med rettighetsvurdering og fristsetting, som følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Det skal være registrert når spesialisthelsetjenesten har vurdert om barnet/ungdommen har, eller ikke har, rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og hvilken frist de har fått for oppstart av helsehjelpen. Henvisningene inkluderes i statistikken etter at de er vurdert.

Pasienter som vurderes å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter vurdering i hht. Pasient- og brukerrettighetsloven 2-1 annet ledd rapporteres til NPR med "Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten". Det anbefales å beholde dagens rapportering av vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det ivaretar sammenliknbarhet i statistikken over tid og mellom enheter, og for ulike tjenesteområder.

For å få mer informasjon om samhandling med kommunen for pasienter som vurderes å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, kan det rapporteres en egen kode som en tilleggsinformasjon. Systemene i sykehusene må evt. tilpasses slik at pasientene rapporteres med at de er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men at de er ivaretatt i et kommunalt tilbud.

Dette innebærer at avviste i BUP rapporteres til NPR og telles på samme måte som før. En egen tilleggsinformasjon av kode for årsak til avvisning gir imidlertid en mulighet til å skille ut de som får avslag i BUP, men blir ivaretatt gjennom et kommunalt tilbud.

En innføring av differensierte avslag forutsetter en entydig forståelse av hvilke pasienter og hvilke avslag som omfattes.

Helsedirektoratet anbefaler at følgende forutsetninger må være tilstede for å benytte en registrering om enighet om et kommunalt tilbud ved avslag i spesialisthelsetjenesten;

- Barnet/ungdommen og foreldre og henviser har drøftet henvisningen med spesialisthelsetjenesten
- spesialisthelsetjenesten har innhentet samtykke til å kontakte aktuell(e) kommunal(e) tjeneste(r)
- aktuell(e) kommunal(e) tjeneste(r) er kontaktet og har vurdert at de kan gi barnet/ungdommen og foreldrene et tilbud
- barnet/ungdommen og foreldre er godt orientert om hva det kommunale tilbudet innebærer og opplever at dette ivaretar deres behov
- barnet/ungdommen og foreldre gir et informert samtykke til at henvisningen avslås i spesialisthelsetjenesten, med begrunnelse om enighet om kommunalt tilbud

