

Samhandling på lang sikt

- Tilbake til kommunene

De to som snakker

- Leder for barneverntjenesten i Bamble kommune: Dag Bratberg
- Seksjonsleder ved BUP Vestmar: Petter Langlo

Dette er ikke beskrivelse av et prosjekt, men

- Beskrivelse av det daglige samarbeidet mellom BUP og mellomstor kommune.
- Presentasjon av gode samarbeidsavtaler og tanker omkring samarbeidet omkring våre barn.
- Beskrivelse av prosjekt mot fastlegene
- Utfordringer og ideer rundt det å skape opplevelsen av et sammenhengende hjelpeapparat.

Bakgrunn

- Bamble kommune
- Omsorgsaparatets utforming
- Nivå 1 ,2 og 3
- Utfordringer /tanker

Tilbake til kommunen

- Pålagt samarbeidsplikt for kommunen og spesialisthelsetjeneste uten at å angi hvordan
- Direktorat anbefaler lokale samarbeidsavtaler
- Praksis å kontakte BUP før henvisning sendes for å kvalitetssikre henvisning
- Være klar over BUP frister (10 dager) for rettighetsvurdering, og å være tilgjengelig i denne
- Avtale evalueringstidspunkt

Videre....

- Vurdere nødvendighet av å sette inn kompensierende tiltak i behandlingsforløpet
- Skape størst mulig forutsigbarhet for å følge opp etter behandling i BUP
- Dersom klient avslutter /eller ikke møter, rask tilbakemelding til barneverntjeneste (henviser)
- Lokal kunnskap og daglig samarbeid

BUP

- BUP Vestmar
- 10-11 fagstillinger, 6500 barn
- 3 kommuner; Bamble, Kragerø, Drangedal med ulike tilbud.
- Konkrete samarbeidsavtaler

Tilbake til kommunen

Arbeidet starter ved henvisning.

God kontakt med henviser og samarbeidspartnere under behandlingsforløpet

Konkrete samarbeidsavtaler

Kontakte andre kommunal instanser ved behov

Konkrete avtaler med kommunen

- Barnverntjenesten stiller ved behov på samtale for vurdering av rett til helsehjelp eller 1. samtale
- 3 pasientgrupper med særskilte avtaler

Tre pasientgrupper med samarbeidsavtaler

- ME pasienter (m/ ME-team)
- Psykisk utviklingshemmede (m/Habu)
- ADHD utredninger

Avtale omkring ME pasienter

- Pasientgruppe med sammensatte behov
- Barn og unge 0-20 år med diagnosen ME
- Fastlege har det medisinske ansvaret
- ME diagnosen settes av et tverrfaglig team v/ STHF
- Ansvar for oppfølging; helsesøster, ergo/fysio tjenesten i kommunen, BUP, PPT og skole
- ME teamet innkaller til tverrfaglig møte med pasient, foresatte + alle over fra punktet over

Oppfølging

- Opprettes koordinator for ansvarsgruppe
- Jevnlige møter for koordinering av tiltak
- Aktivitetsplan m/ loggføring
- Veiledning søvn og kosthold
- Fysioterapi/ psykomotorisk trening
- Kognitiv terapi eller støttesamtaler
- Tilrettelegging på skole
- Bistand støtteordninger

Ønskede resultater

- Tydelig ansvarsfordeling
- Felles forståelse av pasient og behov
- Lav terskel for å rådføre seg underveis
- Alle parter gjør de de kan best
- Høy opplevelse av å bli tatt vare på
- Begynner veien tilbake når diagnose er satt
- BUP opprettholder 2 linjetjenestens deltagelse

Avtale om psykisk utviklingshemmede

- Gruppe med langvarig kontakt med hjelpeapparat.
- Første del av kartlegging utføres i 1.linjen, PPT sentral i denne kartleggingen
- Fysioterapeut vurderer motorikk
- Alltid innledende dialog ved henvisning
- Etter utredning: titlbakemelding med HABU og PPT (og fastlege)

Fast oppfølgingsprosedyre

- Lokalt hjelpeapparat følger opp barnet i skole, barnehage, hjem, støttekontakt osv
- HABU tilbyr kursrekken ” Telemarksmodellen”

Alle aktører er introdusert tidlig og kompetanse overføres. Tilbakeføring starter før 2.linjen er ferdig.

Avtale om ADHD pasienter

- Gjelder en stor pasientgruppe
- Kan være lenge i BUP pga av medisinoppfølging og behov for oppfølging
- Komorbide lidelser må vurderes før og under medisinerings

Prosedyre for henvisning / utredning av ADHD / ADD

- Setter tydelige krav til henvisningens innhold
- Vurdering av PPT med beskrivelse av tiltak
- Beskrivelse av BUP ansvar og innhold i utredning
- Korter ned tiden for utredning
- Setter klare forventninger
- Tydeliggjør roller og ansvar til beste for pasient, familie og skole

Prosjekt for å involvere fastlege

BUPS har i sine kvalitetssikringsdokumenter følgende rutine:

”I pågående saker skal det minimum 1 gang årlig sendes oppsummering til henvisende instans som en løpende informasjon om hva som har foregått i saken og planene fremover”

Hvorfor/ hvordan

- Møte kritikken om at pasienter ” forsvinner” i BUP systemet
- Legge til rette for tryggere oppfølging etter utskriving
- Alle pasienter i BUP mer enn 1 år, felles møte (dobbeltime) med fastlege og BUP
- Sekretær setter opp avtale 3-4 uker i forkant.
- Eventuelt sende skriftlig oppsummering

Evaluering

- Kartleggings skjema til behandlere
- Spørreundersøkelse til fastlegene
- Spørreundersøkelse til pasient/ foresatte

Resultater

- Har prosjektet bidratt til tryggere oppfølging av barn/ ungdom etter behandling i BUP?
- 71 % ”helt enig” i påstanden ” jeg har ikke tilstrekkelig kunnskap om BUPs tilbud”
- 63% ”helt enig” i ” denne formen for samarbeidsmøter er nyttig for meg som fastlege.
- 19 av 28 ”helt uenig ” i ” jeg/ vi kunne hatt dette møtet uten BUP

Tilbake til kommunen

- God og riktig henvisning
- Fordeling av oppgaver
- Arbeide parallelt
- Koble på aktuelle samarbeidsparter i kommunen
- Lokal kunnskap, tillit og kjennskap til organisering
- Etablere konkrete samarbeidsavtaler