|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gjelder for (avd/tjenesteenhet):  **Inderøy kommune** |  |  |
| **Prosedyrenavn:**  **Tverrfaglig oppfølgingsteam**  **(TFO)** | **Godkjent av:**  Koordinerende enhet | Sist revidert: | Side: |
| **Prosedyre nr:** | **Godkjent Dato:** | Revisjonsnr.: |  |

**LOVGRUNNLAG**

Tverrfaglig oppfølgingsteam (TFO) er ikke en lovpålagt tjeneste. TFO kan opprettes i etterkant av oppnevning av en koordinator slik at koordinator kan koordinere og lede samarbeidet. Koordinator må kontinuerlig identifisere og avklare behov for andre tjenester/tjenesteytere i teamet.

Det står beskrevet nærmere informasjon om TFO ved helsedirektoratets hjemmesider: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team>

**FORMÅLET MED TVERRFAGLIG OPPFØLGINGSTEAM**

Tverrfaglig oppfølgingsteam bør være en hyppig benyttet metodikk for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, samt et behov for å koordinere disse. Tverrfaglig samarbeid er en strukturert samarbeidsform som forutsetter dialog og samhandling mellom ulike fagpersoner og tjenester, samt pasient, bruker og eventuelt pårørende. Tverrfaglige oppfølgingsteamet bør utrede behov, planlegge tiltak, gjennomføre tiltak og evaluere tiltak og nye mål.

**FORUTSETNINGER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID/TVERRFAGLIG OPPFØLGINGSTEAM**

* Pasient og bruker sitt behov og mål bør alltid være grunnlaget for teamets arbeid.
* Tverrfaglige samarbeidet bør være lederforankret.
* Det bør være *felles verdier og forståelse* av begreper.
* Det bør være tydelig avklaringer i forbindelse med roller og forventninger i teamet. Rollen til teamleder må være avklart med bruker og team.
* Fagpersoner må være bevisst på egne begrensninger for eget fag og område opp mot andre profesjoner.
* Fagpersoner bør kjenne hverandres faglige styrke og spille hverandre gode.
* Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og *koordinering.*

# HANDLING

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNDEREMNE** | **HANDLING** | **ANSVARLIG** |
| Hvordan opprette et tverrfaglig oppfølgingsteam | Koordinator avklarer med bruker om det er ønskelig å benytte tverrfaglig oppfølgingsteam som arbeidsform.  Koordinator sender invitasjon til aktuelle tjenester som bør delta i teamet.  Koordinator må journalføre i fagsystem at bruker samtykker og at det opprettes TFO. | Koordinator |
| Samtykke | Pasient/bruker eller dens pårørende/verge (barn under 18 år) skal være godt informert og gi skriftlig samtykke før etablering av et tverrfaglig oppfølgingsteam samt samtykke til at nødvendig informasjon og personopplysninger kan utveksles mellom medlemmer av i det tverrfaglige oppfølgingsteamet. | Koordinator |
| Medlemmer i tverrfaglig oppfølgingsteam | Tverrfaglig oppfølgingsteam består av de som yter tjenester til vedkommende og er dermed til enhver tid sammensatt utfra personens behov.  Bruker og dens pårørende eller verge er fast medlem.  Sammensetning i teamet avklares i tett dialog med pasient/bruker og endres avhengig av hvilke tjenester som til enhver tid er involvert. | Koordinator |
| Deltakelse ved behov | Dersom man har et stort antall fagpersoner kan man velge å ha en mindre kjerne av faste teammedlemmer, f. eks de som oftest er i kontakt med pasient/bruker.  Øvrige fagutøvere må da involveres ved behov. Eksempler på aktører som kan kalles inn ved behov er spesialisert kompetanse som logoped, ernæringsfysiolog, psykolog, fastlege og spesialisthelsetjeneste.  Det er koordinator som må identifisere og påpeke behovet for gitte tjenester/tjenestetilbud. | Koordinator |
| Teamleder i tverrfaglig oppfølgingsteam | Koordinator leder teamarbeidet. Se prosedyre for koordinator. | Koordinator |
| Krav til oppfølgingsteamets arbeid: | * Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse * Inkludere pårørende i arbeidet i den grad pasient/bruker ønsker og samtykker til dette * Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende * Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer | Bruker  Koordinator  Øvrige fagpersoner |
| Individuell plan som verktøy | Teamet må sikre at alle arbeider samordnet og koordinert mot personens mål. Den helhetlige tjenesteytingen sammenfattes i individuell plan hvor mål, tiltak, ansvar og tidspunkt for evalueringer og kontaktpunkter er nedfelt.  Den individuelle planen er et felles arbeidsdokument for teamet og pasient/bruker. Den skal inneholde mål, tiltak, ansvar, roller og evalueringspunkter. | Bruker  Koordinator |
| Avklaring av roller og forventninger | I oppstarten bør det settes av god tid til avklaring av roller og forventninger internt i temaet, og mellom teamet og pasient/bruker.  Eventuell involvering av pårørende må også avklares. | Koordinator  Øvrige fagpersoner |
| Fastlegens rolle | Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret.  Fastlegen skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere.  Fastlegen skal sikre god og nødvendig medisinskfaglig oppfølging og avklare medisinske problemstillinger.  Skal henvise til spesialisthelsetjenesten om nødvendig. | Koordinator  Fastlege |
| Møtestruktur | Møter og hyppighet av møter må planlegges sammen med bruker og eventuelt pårørende, samt øvrige teammedlemmer.  Planlegging av milepæler, overganger og evalueringer med reformulering av mål er aktuelle tema før tverrfaglige møter.  Det bør fremgå i møteinnkalling hvilke konkrete saker som skal avklares i møte. | Koordinator  Oppfølgingsteam |
| *Krav til faglig innhold i oppfølgingsteamets arbeid* | *Krav til faglig innhold i oppfølgingsteamets arbeid følger av den lovgivningen som gir rammene for tjenesteytingen, herund erfaglige krav og standarder, yrkesetiske retningslinjer for ulike profesjonsgrupper samt nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.*    *Benytt nasjonale faglige retningslinjer og veiledere* | *Virksomhetens ledelse* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hva kan/skal tas opp i ansvarsgruppa? | Hvordan utveksling av informasjon skal foregå og hva som kan deles i teamet må avklares med pasient/bruker. Det kan være tilfeller hvor vedkommende ikke samtykker til at spesifikk informasjon deles. Deling av informasjon, både muntlig og det som skrives i den individuelle planen, må *avgrenses til det som er nødvendig* for å sikre koordinerte og forsvarlige tjenester.  Individuell plan – utforming og evaluering. Se prosedyre for individuell plan.    Saker som skal tas opp klareres med bruker FØR saksliste sendes ut.    Oppgave og ansvarsfordeling. | Koordinator og ansvarsgruppa. |
| Saker/ tema som IKKE skal behandles i ansvarsgruppemøtene. | Misnøye med personell og manglende oppfølging fra en instans/tjeneste (dvs. forhold som gjelder en tjeneste/instans, tas opp med den det  gjelder)    Ansvarsgruppa kan ikke fatte vedtak.  Faglige uenigheter i teamet, bør ikke tas til diskusjoner under møter med bruker/pasient til stede. | Koordinator og ansvarsgruppa. |
| Fagmøter | Tjenesteytere kan ha egne samarbeidsmøter når det er nødvendig. Pasient/bruker/pårørende skal være orientert om og samtykke til dette.  Bruker bør få muligheten til å få referat i etterkant av fagmøter. | Koordinator |
| Referat etter møter | Koordinator kan delegere referatansvar. Det er koordinator sin oppgave at referat blir utsendt til medlemmene i teamet. | Koordinator  Referent |
| Avslutning av tverrfaglig oppfølgingsteam | Når behovet opphører eller målene er nådd, bør oppfølgingsteam opphøret.  Oppfølgingsteam kan avsluttes om bruker ikke ønsker tiltaket lenger. | Koordinator  Bruker |