
DATUM

2021-10-01

Lokal överenskommelse

Lokalt samråd psykiatri nordväst

Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet.

Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning.

Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.



Innehållsförteckning

Lokal överenskommelse.....	1
Lokalt samråd psykiatri nordväst	1
1. Allmänt om överenskommelsen.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och mål.....	5
1.3 Giltighetstid.....	5
1.4 Målgrupper	5
2. Utgångspunkter.....	6
2.1 Gemensam värdegrund	6
2.2 Barnperspektiv.....	6
2.4 Delaktighet.....	6
2.5 Brukarinflytande.....	7
2.6 Lagstiftning	7
2.6.1 Överenskommelse om samarbete	7
2.6.2 Samordnad individuell plan, SIP.....	7
2.6.3 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	10
2.6.4 Samordnad vårdplan vid öppen psykiatrisk tvångsvård	10
2.6.5 Information och styrdokument	10
2.7 Kunskapsstyrning	10
2.8 Samverkansstruktur	11
2.8.1 Regional nivå	11
2.8.2 Delregional och lokal nivå.....	11
2.8.3 Samverkansstruktur Lokalt samråd psykiatri nordväst.....	12
2.8.4 Organisationsträd	14
2.8.5 Brister i samverkan.....	14
2.8.6 Hur tvister mellan parterna ska lösas.....	15
2.8.7 Uppföljning	15
3. Ansvarsområden.....	15
3.1 Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.....	16
3.1.1 Barn som utsatts för övergrepp samt barn som förövare, inkluderat sexuella övergrepp.....	16
3.2 Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet.	17
3.3 Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning	17
3.3.1 Personer i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV.....	17

3.4 Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar	17
4. Placering utanför hemmet	18
4.1 Ansvar vid placering utanför hemmet.....	18
4.1.1 Hälso-och sjukvårdsansvar vid placering utanför egna hemmet	18
4.2 Gemensam planering i samband med placering utanför hemmet	19
4.3 Överenskommelse om kostnadsansvar vid placering utanför hemmet.....	19
4.4 Uppföljning vid placering utanför egna hemmet	20
5. Gemensamma utvecklingsområden	20
5.1 Kroppslig hälsa	20
5.2 Samsjuklighet psykisk ohälsa och missbruk/beroende.....	20
5.3 Personer med missbruk och beroende av spel om pengar	21
5.4 Integrerade verksamheter och arbetssätt.....	21
5.5 Suicidprevention	21
5.6 Skolnärvaro	22

1. Allmänt om överenskommelsen

1.1 Bakgrund

Ramöverenskommelsen för personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa från 2013-06-10 och Ramöverenskommelsen för personer med missbruks- och beroendeproblematik från 2015-03-16 har reviderats gemensamt av Region Skåne och Skånes kommuner. Dessa ramöverenskommelser har sammanförts till denna gemensamma ramöverenskommelse där vi även har inkluderat samverkan för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Regioner och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen (16 kapitlet, 3 paragrafen) och socialtjänstlagen (5 kapitlet, paragraferna 1d, 8a och 9a) skyldiga att ha överenskommelser om samarbete för dessa målgrupper.

Ramöverenskommelsen är en bilaga till [avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne](#) vilket omfattar ansvarsfördelningen i de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar.

Regional Samverkansgrupp Psykiatri, en grupp som utsetts av Region Skåne och Skånes Kommuner och som även har representation från brukar- och anhörigorganisationer, har utgjort referensgrupp när vi har tagit fram ramöverenskommelsen.

Ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Vi ska samarbeta med individen i centrum.

Ramöverenskommelsen ligger till grund för denna lokal överenskommelse. Lokal överenskommelse har tagits fram av en lokal utskottsgrupp med representanter som utsetts av Region Skåne och de tio nordvästskånska kommunerna. Vi har också haft en referensgrupp med brukare och brukarrepresentanter via samarbetsorganisationen Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH.

Denna lokala överenskommelse tar även upp de nationella riktlinjer som finns inom området samt andra överenskommelser, styrande dokument och riktlinjer för vård och stöd samt nationellt kunskapsstöd.

www.socialstyrelsen.se

www.uppdragpsyiskhalsa.se

Barnkonventionen - lagstiftning

<https://www.regeringen.se/49d199/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/barnets-rattigheter/konventionen-om-barnets-rattigheter-svenska-2018.pdf>

Barnkonventionen – vägledning vid tolkning

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2019/11/vagledning-vid-tolkning-och-tillampning-av-fns-konvention-om-barnets-rattigheter/>

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>

Skåneövergripande handläggningsöverenskommelse

[Skåneövergripande handläggningsöverenskommelse primärvård – specialistpsykiatri gällande vuxna](#)

Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan - Nationell vägledning, Socialstyrelsen, 2017-10-25

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>

Om ansvarsfördelning vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa - Ett vägledande stöd till kommuner och landsting, Socialstyrelsen, 2019-02-24

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2019-2-24.pdf>

Överenskommelse om en god och nära vård

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskom-melseomengodochnaravard.28402.html>

1.2 Syfte och mål

Syftet med den lokala överenskommelsen är att samarbetet ska leda till att personer i målgrupperna ska

- få tillgång till tidiga insatser på rätt nivå
- få möjlighet att leva som andra och att vara delaktiga i samhället
- få stöd till återhämtning
- få möjlighet till rehabilitering/habilitering utifrån individuella förutsättningar.

Parterna har ett gemensamt ansvar för samarbete utifrån den berörda personens behov. Samarbete och samordning ska utgå från mötet med personen och dennes närstående.

Att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa är en viktig del av samarbetet. Förebyggande arbete innebär inte endast att undvika framtida sjuklighet, utan även att undvika att ett tillstånd förvärras. I arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa ingår även att arbeta med kroppslig hälsa och levnadsvanor för målgrupperna.

1.3 Giltighetstid

Den lokala överenskommelsen gäller från och med 2021-10-01 och tills vidare med 18 månaders uppsägningstid. Om båda parter är överens kan vi justera avtalet under avtalstiden, till exempel som följd av lagförändringar eller andra justeringar med anledning av till exempel förändrade samarbetsformer.

1.4 Målgrupper

Följande målgrupper som är i behov av stöd eller insatser från båda huvudmännen ingår i denna överenskommelse:

- Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.
- Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet.

- Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning.
- Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

2. Utgångspunkter

2.1 Gemensam värdegrund

Den lokala överenskommelsen följer ramöverenskommelsens gemensamma värdegrund för samarbetet och de verksamheter som omfattas av detta avtal är följande:

- vi arbetar med individfokus och skapar personcentrerade samarbetslösningar utifrån individens behov och förutsättningar
- vi strävar efter att tillgodose personers förväntningar på inflytande och självbestämmande, respektfullt bemötande samt en lättillgänglig vård av hög kvalitet
- vi ska upplevas som en gemensam organisation utifrån den berörda personens perspektiv.

Oklarheter för kostnadsansvar, eller brist på resurser, får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård och behandling eller att vård och behandling försenas.

2.2 Barnperspektiv

Vi ska bedöma och beakta barnets bästa vid alla beslut som rör barnet. Barnet är en bärare av rättigheter, inte enbart en mottagare av insatser. Utöver lagen som uttrycker dessa rättigheter samt föreskrifter, allmänna råd och handböcker som konkretiserar rättigheterna krävs ett synsätt som grundas på barnets rätt. Detta innebär att vi erkänner, respekterar och skyddar barnet som rättighetsbärare, med en individuell personlighet, egna behov och intressen, samt personlig integritet. Barn kan inte ses isolerade från sina föräldrar. Att de vuxna får bästa möjliga stöd ligger också i barnets intresse. Vid intressekonflikt har barnets intresse företräde.

De parter som omfattas av överenskommelsen måste sätta barnet den ungas behov i centrum och samordna insatser utifrån detta.

Personal i förskola, skola, hälso- och sjukvård är skyldiga enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453, 14 kapitlet, 1 paragrafen) att *genast* anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälan bör göras skriftligt.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30, 5 kapitlet, 7 paragrafen), är hälso- och sjukvården skyldiga att särskilt beakta minderåriga barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning eller har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Socialtjänsten ska genom socialtjänstlagen (SoL 5 kapitlet, 1 paragrafen) verka för att barn får en trygg uppväxt samt att arbeta förebyggande. I detta ligger en viktig uppgift i att både upptäcka och stödja barn som anhöriga när föräldrar har missbruk/beroende, psykisk ohälsa eller andra allvarliga svårigheter som kan påverka föräldraskapet och barns hälsa och utveckling.

2.4 Delaktighet

Vi gör den berörda individen delaktig i planering, genomförande och uppföljning av vården. Parterna behöver var för sig och gemensamt möjliggöra för personen att vara delaktig i och påverka de beslut som fattas i vårdkedjan, från planering till utförande av insatser och utvärdering av dessa. Ett stöd

som kan användas i olika verksamheter är Peer Support. Vi behöver ta särskild hänsyn till personer som har nedsatt autonomi.

Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) är ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen. Metoden kan användas i både psykiatrisk vård och socialtjänst med syfte att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör dennes hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling eller stödinsatser. Vi tar hänsyn till både individens och personalens kunskaper och vetenskaplig fakta. Åtgärden inbegriper vanligtvis någon form av beslutsstöd till individen för att öka möjligheten att vara delaktig. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt Socialstyrelsens rekommendation erbjuda delat beslutsfattande till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (se Nationella riktlinjer).

I en del kommuner finns personligt ombud för personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning, som arbetar på uppdrag av den enskilde. Individen kan vända sig till personligt ombud för att få stöd. Personligt ombud kan hjälpa personen med vårdkontakter, att få sin rätt enligt gällande lagar, föra fram synpunkter på sin vård, ta till vara individens rätt att vara delaktig, stöd till återhämtning men också att påtala systembrister i samhällets stödinsatser. Personligt ombud är ett fristående stöd.

Återhämtningssguiden är skriftligt material som kan fungera som verktyg för den som mår psykiskt dåligt och är i behov av återhämtning, som drabbad eller anhörig.

[Återhämtningssguiden - Start \(aterhamtningsguiden.se\)](http://aterhamtningsguiden.se)

2.5 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att vi ger brukar- och anhörigorganisationer möjligheter att medverka för att utveckla vård- och stödinsatser på systemnivå, exempelvis genom brukarundersökning, brukarrevision, brukarråd, inflytanderåd, patientforum, brukarutvecklare, brukarföreträdare och så vidare. Vi ska ge brukarföreträdare ska möjlighet till delaktighet och inflytande när vi planerar och följer upp frågor om samverkan enligt denna överenskommelse. Ett sätt att underlätta arbete med brukarinflytande kan vara att organisationer/verksamheter fattar gemensamma beslut om hur man ska arbeta med frågan.

2.6 Lagstiftning

2.6.1 Överenskommelse om samarbete

Regioner och kommuner är genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (16 kapitlet, 3 paragrafen) och socialtjänstlagen (5 kapitlet, paragraferna 1d, 8a och 9a) skyldiga att ha överenskommelser om samarbete om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör vi ge organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Vi har också haft en referensgrupp med brukare och brukarrepresentanter via NSPH när vi har tagit fram denna lokala överenskommelse.

Alla parter har ansvar att implementera och informera om den lokala överenskommelsen i sina verksamheter.

2.6.2 Samordnad individuell plan, SIP

När en person har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen enligt både hälso- och sjukvårdslagen, HSL (16 kapitlet, 4 paragrafen) och socialtjänstlagen, SoL (2 kapitlet, 7 paragrafen) upprätta en samordnad individuell plan. Planen

ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda och om personen samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

En SIP ersätter inte skyldigheten att upprätta genomförandeplan/vårdplan enligt SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och HSL men kan vara ett komplement till dessa.

Paragrafen säger:

”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.”

Förskola och skola har inte enligt lag skyldighet att kalla till SIP. Däremot har de samverkansskyldighet utifrån annan lagstiftning. Elevhälsans roll i sammanhanget är likställd med skolans ansvar och handlar om att samverka med socialnämnden enligt skollagen (2010:800). Elevhälsan som arbetar enligt HSL har inte heller skyldighet att kalla till SIP då lagregleringen om SIP gäller de som arbetar enligt HSL i regionen, men det finns inget i lagstiftningen som hindrar att förskola och skola kallar till SIP och är delaktiga.

Barn och unga med behov av samordnade insatser och som samtycker till det ska få en SIP. Verksamheterna ansvarar var för sig och gemensamt för att tidigt identifiera barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

Att upprätta en SIP i ett tidigt skede kan därmed vara förebyggande och underlättar planering av samordning av insatserna. Det är avgörande att deltagarna sätter barnet eller den unga främst och har möjlighet att se utanför sina organisatoriska ramar.

Vi vill i denna lokala överenskommelse uppmuntra förskolan/skolan och elevhälsan att kalla till SIP och vara delaktiga i SIP, för att underlätta samverkan och planering av samordnade insatser.

2.6.2.1 Möte, genomförande och mötesstruktur

SIP ska upprättas tillsammans med den enskilde och det är den enskildes behov och önskemål som är utgångspunkten för planeringen. Att utgå från individens behov kräver förståelse av vad behov av vård och stöd kan vara. Mötet ska ske där det anses vara lämpligt utifrån den enskildes behov. Om möjlighet finns kan deltagande även ske digitalt eller via telefon. När det gäller personer över 18 år ska IT-stödet Mina planer och planeringsdokumentet finnas tillgängliga. När det gäller barn upp till 18 år ska IT-stödet Mina Planer användas efterhand som det blir tillgängligt i verksamheterna. Mötescirkel är ett redskap som kan användas som en hjälp där SIP upprättas. Syftet med cirkeln är att skapa trygga möten, vilket kan uppnås genom förutsägbara och strukturerade möten. Med hjälp av mötescirkeln får alla deltagare möjlighet att förbereda sig inför mötet och kan i förväg få förståelse för hur det går till.

För att starta ett SIP-arbete krävs alltid att den som planen handlar om har gett sitt samtycke. Individen ska också alltid få möjlighet att aktivt vara med i planeringen och påverka vilka aktörer som ska delta. Planen är till för att möta individens behov, och måste därför utgå från individens upplevelser och önskemål. Vi ska ge närstående möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den berörda personen inte motsätter sig det. Hur innehållet i SIP utformas beror på hur individens livssituation ser ut och vilken typ av insatser som krävs.

Av vikt är att den som sammankallar till SIP gör ett förarbete och planering för upplägg för SIP-mötet för att uppnå tillgodose individens behov. I planeringen behöver sammankallande noga tänka igenom syftet med SIP och därmed vilka personer som ska kallas till mötet i samråd med individen. Vid osäkerhet rekommenderas att kontakt tas med samverkanspart för dialog om ärendet.

I mer komplexa ärenden kan vi hålla ett förmöte/tjänstemannamöte/nätverksmöte/planeringsmöte, där verksamheterna kan föra dialog inför SIP-mötet om vad samverkansparterna kan erbjuda, komma överens om ansvarsfördelning och resurser med mera.

Vi kan behöva begränsa antalet närvarande personer vid SIP-möte om individen upplever att det blir för många personer närvarande samtidigt, och detta beslut ska vi då ta i samråd med individen. På SIP-möten är det också viktigt att vi respekterar varandras professionella bedömning.

2.6.2.2 SIP som process

SIP är en process som består av flera steg:

- Identifiera behov av SIP
- inhämta samtycke
- kallelse
- kartläggning
- möte
- aktivitetsuppföljning
- utvärdering
- uppföljning och avslut

Redan i kallelsen till SIP ska syftet med mötet och en tydlig frågeställning framgå. Det gör att de olika aktörerna kan skicka rätt kompetens till mötet.

Genom att följa processen håller vi planen aktuell och uppdaterad så länge det finns behov av en sådan. En SIP som vi vare sig uppdaterat eller följt upp under den senaste 12-månadersperioden är att betrakta som avslutad.

2.6.2.3 Vem i kommunen eller regionen kan initiera, kalla till och delta i SIP

Den som i sin yrkesutövning i socialtjänsten, hälso- och sjukvården eller förskola/skola/elevhälsa har uppmärksammat ett behov av samordning av insatser ska och kan ta initiativ till att upprätta en SIP. Vi kan endast göra en SIP kan endast efter samtycke från den enskildes. SIP-lagstiftningen gäller all skattefinansierad privat och offentligt driven vård och omsorg i både **kommun** och **region**.

Ovanstående parter har en skyldighet att delta i SIP när de blir kallade. Vi behöver gemensamt ta ansvar för att hushålla med våra resurser. Det är viktigt att vi kallar berörda aktörer som vi anser är viktiga för individens behov av insatser.

2.6.2.4 Innehåll

- Vilka insatser behövs för att tillgodose individens behov
- Vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
- Vilka åtgärder som någon annan än kommunen eller regionen ska vidta
- Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

2.6.2.5 Syfte

- Identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen
- Tidigt erbjuda samordnade insatser
- Samordna insatser verksamheter emellan
- Försäkra sig om att såväl de närstående som verksamheterna känner till vilka insatser som pågår eller planeras
- Säkerställa att den enskildes och närståendes behov av stöd blir tillgodosett
- Främja god och nära vård och socialtjänst, förskola/skola/elevhälsa av god kvalitet

2.6.2.6 Mål

Målet med SIP är att utifrån den enskildes behov och önskemål skapa en helhetsbild av vilka insatser som planeras, ansvarsfördelning och vilka kompetenser som behövs med syftet att öka den enskildes inflytande och delaktighet om insatser och stöd.

2.6.3 Samverkan vid utskrivning från slutan hälso- och sjukvård

Om personen efter utskrivning från slutan hälso- och sjukvård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Syftet är här att främja god vård och omsorg för personer som behöver insatser från båda huvudmännen efter utskrivning. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Bestämmelser finns i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutan hälso- och sjukvård.

Länk till dokumentet [Samverkan vid SIP eller utskrivning från slutenvård - Region Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/region/samverkan-vid-utskrivning-utslutenvard)

2.6.4 Samordnad vårdplan vid öppen psykiatrisk tvångsvård

Öppen rättspsykiatrisk vård och öppen psykiatrisk tvångsvård är en vårdform för patienter som inte behöver vårdas i slutenvård men som behöver iaktta särskilda villkor för att vården ska kunna ges i öppenvård. För övergång till öppen rättspsykiatrisk vård och öppen psykiatrisk tvångsvård gäller särskilt regelverk.

Planeringen ska i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

2.6.5 Information och styrdokument

Region Skåne och de skånska kommunerna har gemensamt tagit fram [information och styrdokument för samverkan vid utskrivning \(SVU\) och samordnad individuell planering \(SIP\)](https://www.skane.se/region/samverkan-vid-utskrivning-utslutenvard).

I nedan länk finns ytterligare Rutin och vägledning för arbete med Samordnad Individuell plan (SIP). Rutinen är framtagen i samverkan mellan Skånes Kommuner och Region Skåne.
[rutin-for-samverkan-med-sip.pdf \(skane.se\)](https://www.skane.se/region/samverkan-vid-utskrivning-utslutenvard)

Nationell vägledning om SIP

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

[SIP för barn och unga | Uppdrag Psykisk Hälsa \(uppdragpsykiskhalsa.se\)](https://www.sve.hj.se/uppdrag-psykisk-halsa)

[Mötescirklar uppdragpsykiskhalsa.se/sip/sip-mote/motes-cirklar/](https://www.sve.hj.se/motes-cirklar-uppdrag-psykisk-halsa)

2.7 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning innebär att vård och insatser ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta personers behov på bästa möjliga sätt. Detta innebär att vi ska basera alla beslut på bästa tillgängliga kunskap, personens situation, erfarenheter och alltid fatta dessa i samverkan med den berörda personen och närstående.

Socialstyrelsen anger, i vissa fall, genom nationella riktlinjer vilka insatser som huvudmännen i första hand ska genomföra för personer som omfattas av överenskommelsen. Kommunerna och Region Skåne ska samverka för att följa nationella riktlinjer och andra rekommendationer samt gemensamt överenskomna regionala vårdprogram, riktlinjer och rutiner.

Vi samverkar inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård i [nationellt](#), [regionalt](#) och [lokalt](#) programområden för psykisk hälsa. [Nationella vård- och insatsprogram](#) (VIP) i området psykisk hälsa tillgängliggör den samlade kunskapen om insatser enligt evidens och beprövad erfarenhet för berörda verksamheter, professioner och chefer.

I denna lokala överenskommelse uppmanar vi chefer och profession att aktivt ta del av innehållet i Nationella vård- och Insatsprogrammet för samlade kunskaper och information.

Staten och Sveriges kommuner och regioner, SKR har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet. Arbetet med vårdförloppen ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap. Införande av vårdförlopp påbörjades successivt i regionerna med början 2020.

2.8 Samverkansstruktur

Den berörda personens behov ska alltid stå i centrum. I samarbetssituationer är bemötandet av samarbetspartnern av stor vikt. Samverkan ska präglas av ömsesidig respekt för varandras profession, kompetens och erfarenhet.

Om en kommun eller Region Skåne i Lokalt samråd psykiatri nordväst tecknar avtal med någon annan och överlåter uppgifter de har ansvar för, ska utföraren följa lokal överenskommelse. Respektive huvudman ansvarar för att verkställa sitt åtagande i den egna organisationen.

Verksamhetsansvariga ska tidigt informera berörda parter, vilket innefattar brukar- och anhörigorganisationer, om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samarbete eller samordning, eller få andra konsekvenser för de samarbetsparter som berörs.

2.8.1 Regional nivå

På regional nivå finns ett gemensamt tjänstemannaforum med representanter från Region Skåne, Skånes Kommuner, de skånska kommunerna samt brukar- och anhörigorganisationer, [Regional Samverkansgrupp Psykiatri](#). Regional samverkansgrupp psykiatri arbetar på uppdrag av tjänstemannaberedningen till Centralt samverkansorgan. Centralt samverkansorgan är ett politiskt samverkansorgan för samverkan i hälso- och sjukvården i Skåne mellan Region Skåne och de skånska kommunerna.

Den gemensamma tjänstemannaberedningen bereder ärenden till Centrala samverkansorganet samt håller samman de olika arbetsgrupperna och arbetar med gemensamma frågor såsom överenskommelser och rutiner. Verksamhetsområdet Hälsa, social välfärd och omsorg är en av flera delar som fokuserar på samverkan med Region Skåne samt kunskapsutveckling. Samverkansforumet Vårdsamverkan Skåne arbetar konkret med överenskommelser och utveckling i områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Det är genom samarbete mellan medlemsorganisationen Skånes Kommuner och Region Skåne som ramöverenskommelser, riktlinjer och rutiner har tagits fram.

Regional samverkansgrupp psykiatri ansvarar för;

- Samordning och utveckling på regional nivå för ramöverenskommelsens målgrupper
- Revidering av ramöverenskommelsen
- Rådgivning till parterna vid tvister.

2.8.2 Delregional och lokal nivå

Denna lokala överenskommelse undertecknas av behöriga tjänstemän. I Region Skåne ska den undertecknas av ansvariga verksamhetschefer eller motsvarande och i kommuner av förvaltningschefer eller motsvarande. Vi ska bjuda in brukar- och anhörigorganisationer och/eller brukarrepresentanter att delta i revideringen.

I kommun/kommuner ska samrådsgrupper med verksamhetsansvariga chefer från kommunen och Region Skåne gemensamt ansvara för strategisk planering och samordning av verksamheter och

insatser. Samrådsgrupperna ansvarar för att parterna följer samverkan enligt ramöverenskommelsen och lokalt tecknade överenskommelser och har även till uppgift att fatta beslut i frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet.

Inom ramen för avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne finns en modell för samverkan. På delregional nivå ansvarar respektive delregionalt samverkansorgan bland annat för gemensam utveckling av hälso- och sjukvård i Skåne. Befintliga strukturer och samverkansgrupper kan användas som samrådsgrupper, det är dock en förutsättning att det finns en tydlig koppling till de delregionala samverkansorganen. För ytterligare information se länk ovan till HS-avtalet om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne.

Vad gäller barn som vårdas utanför egna hemmet kan ytterligare samverkansparter hos huvudmännen behöva involveras i de lokala överenskommelserna och samrådsgrupperna.

2.8.3 Samverkansstruktur Lokalt samråd psykiatri nordväst

2.8.3.1 Organisation

I Lokalt samråd psykiatri nordväst ingår regionens psykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, Första Linjen, habilitering, barnhabilitering, allmänläkarkonsult (AKO), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), representanter från socialtjänst, LSS, elevhälsa och socialpsykiatri i Landskrona, Svalöv, Helsingborg, Höganäs, Bjuv, Ängelholm, Klippan, Åstorp, Örkelljunga och Båstad samt brukarrepresentanter.

2.8.3.2 Ansvar och uppdrag

Alla representanter i Lokalt samråd arbetar för samverkan mellan våra olika aktörer och säkerställer att information som kommer fram i Lokalt samråd psykiatri når ut i verksamheterna.

I Lokalt samråd psykiatri nordväst finns en representation i Regionalt samråd psykiatri som ansvarar för informationsöverföring mellan Lokalt samråd psykiatri nordväst och Regionalt samråd psykiatri samt representanter i utskott Barn och unga och utskott Missbruk.

Styrgrupp lokalt samråd psykiatri nordväst

Styrgrupp lokalt samråd psykiatri nordväst är en samrådsgrupp, med följande representanter: områdeschefer eller motsvarande från psykiatri, primärvården och chefer och motsvarande chefer och psykiatrisamordnare för kommunerna finns med.

Styrgruppen har mandat att;

- Fatta beslut om satsningar och fördelning av gemensamma medel
- Rådgöra i frågor som behöver hanteras och rör hela Lokalt samråd psykiatri nordväst
- Parterna identifierar och prioriterar årligen gemensamma utvecklingsområden och/eller områden för kompetensutveckling tillsammans med Stort lokalt samråd.

Styrgruppen träffas 4 gånger per år och utöver detta vid behov.

Stort lokalt samråd psykiatri nordväst

Stort lokalt samråd psykiatri nordväst är en samrådsgrupp och består av verksamhetschefer och områdeschefer eller motsvarande i de respektive verksamheterna, samt brukarrepresentanter.

Stort lokalt samråd psykiatri ansvarar för att:

- Följa upp lokal överenskommelse
- Vid behov revidera lokal överenskommelse
- Parterna identifierar och prioriterar årligen gemensamma utvecklingsområden och/eller områden för kompetensutveckling tillsammans med Styrgrupp lokalt samråd psykiatri nordväst

Stort lokalt samråd psykiatri träffas två gånger per år.

Litet lokalt samråd psykiatri nordväst

Litet lokalt samråd psykiatri nordväst är en samrådsgrupp och består av enhetschefer eller motsvarande i de respektive verksamheterna, samt brukarrepresentanter.

Litet lokalt samråd psykiatri ansvarar för att;

- Arbeta med de prioriterade områdena
- Delge ömsesidig information
- Arbete med brister som uppstår i samverkan

Litet lokalt samråd psykiatri träffas fyra gånger per år.

Utskottsgrupper Lokalt samråd psykiatri nordväst

Lokalt samråd psykiatri har tre utskottsgrupper. Utskottsgrupperna arbetar på uppdrag av Stort lokalt samråd och styrgrupp med framtagande och revideringar av lokal överenskommelse och omfattar:

- Utskottsgrupp Barn och unga
- Utskottsgrupp Missbruk
- Utskottsgrupp Vuxen

Utskottsgrupperna träffas vid behov utifrån uppdrag.

2.8.3.3 Samverkan

Representanter i ovan nämnda grupper har ett gemensamt ansvar för att aktivt arbeta med samverkan i samrådsgrupper som beskrivs i ramöverenskommelsen och denna lokala överenskommelse. Det är viktigt att samtliga representanter sluter upp i samverkan och respekterar motparten genom att delta aktivt i samverkansmöten och själva bjuder in motparter om det finns lokalt behov av att förbättra samverkan eller förtydliga oklarheter. Alla representanter i Lokalt samråd psykiatri nordväst är ambassadörer för samverkan.

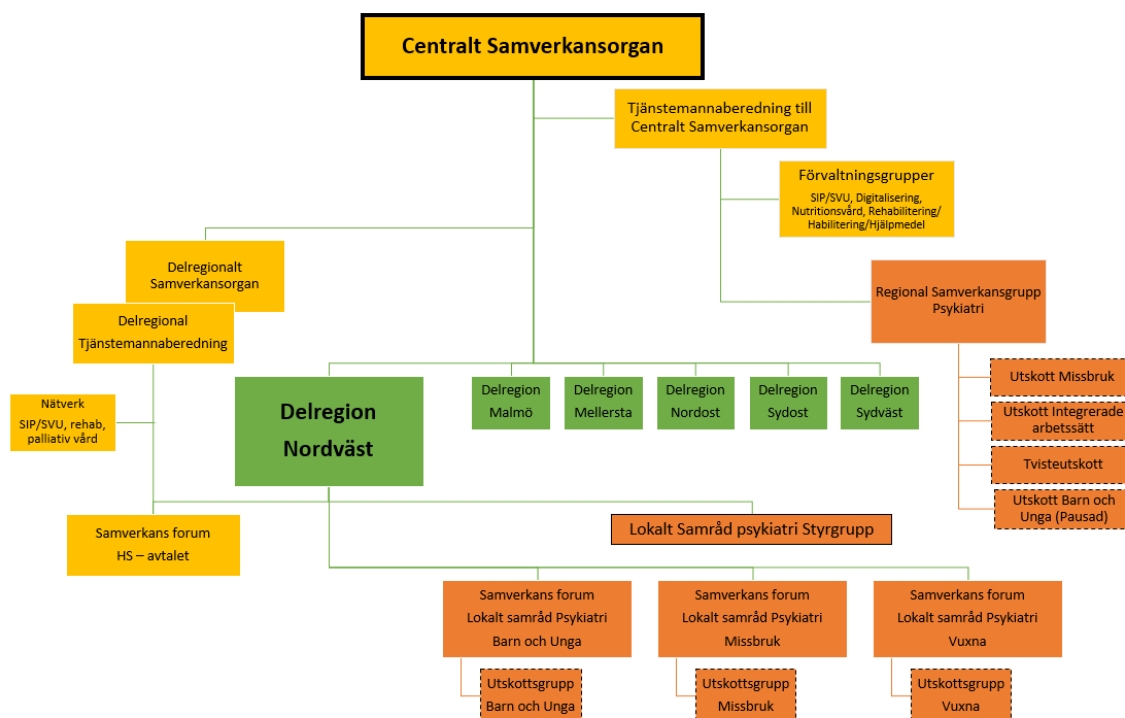
Varje part ansvarar för att minnesanteckning/protokoll och information från samrådsgruppens möten finns tillgängligt i den egna organisationen och att gemensamt fattade beslut implementeras i den egna verksamheten.

2.8.3.4 Syfte

- Att verka för att ramöverenskommelsen och den lokala överenskommelsen är känd och efterlevs ute i våra verksamheter samt att följa upp och revidera den lokala överenskommelsen vid behov
- Att skapa förutsättningar för att våra verksamheter ska följa de överenskommelser som ligger till grund för samverkan
- Att tillsammans skapa en struktur för samverkan
- Att fortsatt arbeta med utveckling av samverkan och samordna insatser för att förebygga organisatoriska mellanrum
- Att tillsammans ge god vård och insatser med kvalitet utifrån individens behov
- Att delge relevant information från våra olika verksamheter
- Att främja kommunikation och dialog
- Att öka kunskapen och förståelse för de olika verksamheterna och professionernas uppdrag
- Att samtliga verksamheter delges gemensam information
- Att gemensamt identifiera och prioritera gemensamma utvecklingsområden
- Att alla verksamheter ska vara delaktiga och närvarande så vi kan driva aktuella frågor.

2.8.4 Organisationsträd

Organisationsstruktur för Vårdsamverkan Skåne - centralt för Skåne och delregionalt för Nordväst



2.8.5 Brister i samverkan

Brister i samverkan mellan verksamheter i regionen och kommunen i Lokalt samråd psykiatri nordväst ska i första hand hanteras och lösas av närmaste tjänstemän och deras chefer med mandat att fatta beslut i aktuell fråga.

Företrädarna har ett gemensamt ansvar att komma fram till en lösning med den enskildes behov i fokus. Vi ska lösa brister i samverkan ska skyndsamt och återkoppla till alla berörda parter som är ansvariga för hanteringen, både internt och externt. Det är viktigt att parterna för en dialog med fokus på lärande, åtgärder av eventuella systemfel och genomgång av rutiner och instruktioner. Att uppmärksamma och anmäla en brist som uppstått i samverkan ersätter inte andra rapporteringssystem som exempelvis system för avvikelshantering.

Syftet med att vi skriver brister i samverkan och med de åtgärder vi gör i anslutning till bristen som vi uppmärksammat är att vi ska lära oss genom samverkan så att alla parter tillsammans kan skapa goda förutsättningar för att möta individens behov av insatser.

Psykiatrisamordnaren i Helsingborg stad har i uppdrag av Lokala samrådet psykiatri nordväst att årligen sammanställa de brister i samverkan som rapporteras in.

Rapporten ska visa på de systembrister som uppkommer i samverkan och leda till att vi säkrar kvaliteten i de gemensamma insatserna när det gäller psykisk sjukdom, funktionsnedsättningar och missbruk. Utöver den kontakt motparterna har när de uppmärksammar en brist i samverkan går Lokalt samråd psykiatri nordväst igenom dem för att ta del av bristen och parternas åtgärder.

En brist i samverkan kan vara att en SIP inte blir av eller att organisationer inte respekterar varandras arbetssätt och bedömning. Vidare kan det handla om brister i bemötande, helhetssyn, klient-/patientfokus, kommunikation och information. Det kan också handla om bristande kompetens eller att det saknas rutiner för återkoppling.

Länk till dokumentet [Brister i samverkan](#)

2.8.6 Hur tvister mellan parterna ska lösas

Twister mellan verksamheter i Lokalt samråd psykiatri nordväst ska i första hand lösas av närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga. Företrädarna har ett gemensamt ansvar att komma fram till en lösning med den berörda personens behov i centrum. Vi ska lösa brister i samverkan ska skyndsamt och återkoppla till alla berörda parter.

Ansvar för lösning av tvist har:

1. närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga
2. verksamhetschef med mandat att fatta beslut om frågan i hälso- och sjukvården och förvaltningschef, eller annan tjänsteperson med delegation, i kommun
3. Parterna kan, vid oenighet i enskilda ärenden, vända sig till [Regional samverkansgrupp psykiatri](#) för förslag på lösning. Regional samverkansgrupp psykiatri bedömning är inte prejudicerande för ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna.
4. Var och en av parterna har möjlighet att, om det uppstår oenighet, lyfta frågor som rör denna överenskommelse och eventuellt behov av särskilda bedömningar och rekommendationer till Centralt samverkansorgan.

2.8.7 Uppföljning

I Lokalt samråd psykiatri nordväst ansvarar Region Skåne och de nordvästskånska kommunerna gemensamt för att denna överenskommelse årligen följs upp genom Stort lokalt samråd samt i styrgruppen. Vid behov kan utskottsgrupperna lyfta behov av uppföljning eller sammankallas för uppföljning. Utskottsgrupperna ansvarar för genomgång och årlig uppföljning. Bjud gärna in brukarrepresentanter och/eller brukarorganisationer vid uppföljning.

3. Ansvarsområden

Denna lokala överenskommelse omfattar fyra målgrupper.

- Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning
- Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet
- Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning
- Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

För samtliga dessa fyra målgrupper gäller nedanstående ansvarsområden. Specifika ansvarsområden för de olika målgrupperna listas under respektive målgrupp under rubrik 3.1-3.4

Kommunen ska främja invånarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning,

försörjning, bostad och utbildning. Kommunen erbjuder också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt den ansvarsfördelning som finns.

Viktiga delar i kommunens ansvar för överenskommelsens målgrupper är:

- Uppsökande arbete och upplysning om kommunens verksamheter.
- Utredning och bistånd/insats enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- Ansökan om och verkställighet av vård enligt lagen om vård av unga, LVU.
- Tillhandahållande av boende och stöd i hemmet så att personer med funktionsnedsättning får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov av särskilt stöd.
- Tillhandahållande av elevhälsa som omfattar hälsofrämjande, medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.
- Erbjudande av stöd till familj, anhöriga och närstående.
- Erbjudande av hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL och avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne.

Region Skåne ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård.

Viktiga delar i Region Skånes ansvar för målgruppen är:

- Arbete för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Erbjudande av stöd till familj, anhöriga och närstående.
- Stöd och utbildningsinsatser till kommunens personal kopplat till vård av enskild person i enlighet med avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne.
- Erbjudande av hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL och avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne.

3.1 Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning

Det är särskilt viktigt att tidigt uppmärksamma barn som har eller riskerar utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

Det finns stora vinster, både mänskligt och ekonomiskt, med att så tidigt som möjligt identifiera och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga och det krävs ett helhetsperspektiv för dessa barn.

När vi ger olika stödinsatser samtidigt behöver de utgå från barnets eller ungdomens aktuella livssituation och ofta vara sammansatta och synkroniserade. Parterna är överens om att vi bör prioritera en utveckling av kvaliteten i SIP-processens olika delar. Skolan är en särskilt viktig samverkansaktör för barn som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

3.1.1 Barn som utsatts för övergrepp samt barn som förövare, inkluderat sexuella övergrepp

Socialtjänsten ansvarar att göra en skyddsbedömning så det finns en trygg omgivning för barnet med uppfyllda basala hemförhållanden samt för att genomföra riskbedömning för unga förövare vid övergrepp.

Regionen/barn- och ungdomspsykiatri, BUP står för den psykiatriska behandlingsdelen och bedömning av denna insats.

Olika delar av behandlingen kan behöva insatser från både BUP och socialtjänst och ibland även andra vårdgivarspecialiteter för att tillgodose individens behov. Av vikt är en god samverkan om hur

man ska stödja den enskilde utifrån samtida insatser från socialtjänsten och behandling från BUP, detta kan ske genom tjänstemannamöte och/eller SIP.

3.2 Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet.

Barn och unga som vårdas utanför egna hemmet har som grupp betraktat sämre psykisk och fysisk hälsa än andra barn. Det är särskilt viktigt att i samverkan uppmärksamma dessa barns behov inför vård utanför egna hemmet, under pågående vård utanför egna hemmet samt vid avslutande av vård utanför egna hemmet. Godkänd grundskola är en viktig friskfaktor för barn och därför är det angeläget att skolgången fungerar. Skolan är en särskilt viktig samverkansaktör för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är:

- Skolplikt och rätt till utbildning
- Överlämning vid skolbyte

Viktiga delar i Region Skånes ansvar för målgruppen är:

- Hälsoundersökning inklusive oral hälsa på initiativ av socialnämnden i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, i enlighet med lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Det finns ett skånegemensamt samarbete för dessa hälsoundersökningar. www.skane.se/hubs

3.3 Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning

Det är av stor betydelse att det finns en god beredskap hos huvudmännen att tillgodose behoven hos individer med psykisk funktionsnedsättning. Individanpassat stöd, rehabilitering och stöd för återhämtning sparar både lidande och pengar för individer och samhälle. Samtidiga och samordnade insatser och i vissa fall integrerade verksamheter behövs för att möta personens behov.

3.3.1 Personer i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV

En person som lider av allvarlig psykisk störning, som utgör en fara för sig själv eller sin omgivning, och som inte frivilligt samtycker till vård, kan tvingas till vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. En person med allvarlig psykisk störning som begått brott kan som påföljd dömas till rättspsykiatrisk vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är:

- Insatser enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvårdslagen och avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.

Viktiga delar i Region Skånes ansvar för målgruppen är:

- Hälso- och sjukvård enligt avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne vid permissioner från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.

3.4 Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är:

- Förebyggande arbete mot alkohol, narkotika samt spel om pengar
- Utredning och bedömning av behov av hjälp och vård för missbruks- och

beroendeproblem

- Psykosocial behandling och psykosocialt stöd
- Utredning, ansökan om samt verkställa beslut om vård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Medverkan vid viss verkställighet i kriminalvård, som skyddstillsyn eller övertagande av vård
- Körkortsytttranden enligt körkortsförordningen och yttrande i andra ärenden om personers lämplighet.

Viktiga delar i Region Skånes ansvar för målgruppen är:

- Utredning, diagnostisering och behandling av beroendetillstånd av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, spel om pengar eller dopningsmedel.
- Avgiftning
- Psykosocial behandling och psykosocialt stöd
- Vård enligt LVM om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda
- Läkarbedömning och intyg vid tvångsvård (LVM, LVU)
- Aktivt smittskyddsarbete
- Anmälningsskyldighet för LVM
- Anmälningsskyldighet för vapen och körkort.

Det finns ett [skånegemensamt underlag](#) för praktisk samverkan för transport från sjukvårdsinrättning vid LVM.

4. Placering utanför hemmet

Både regionen och kommunerna ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser. Innan frågan om placering blir aktuell ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda och att vi inte kan tillgodose personens behov inte kan på annat sätt än genom placering. Om vi bedömer att en placering är nödvändig ska vi beakta närhetsprincipen genom att i första hand undersöka möjligheter till placering i den egna regionen.

4.1 Ansvar vid placering utanför hemmet

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag. Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna eller träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget.

Ansvar fördelas enligt de principer som anges i avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne.

Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång särskilt viktiga faktorer att ta hänsyn till. Socialnämnden har ett övergripande ansvar för barn och unga under placering och ska verka för att placerade barn får den hälso- och sjukvård de behöver, men har inget operativt hälso- och sjukvårdsansvar. Socialnämnden har en skyldighet att minst en gång var sjätte månad överväga om barnet fortfarande behöver vården.

4.1.1 Hälso-och sjukvårdsansvar vid placering utanför egna hemmet

Grundregeln är att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå och primärvård, om personen inte själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till öppenvård finansierad av Region Skåne. Region Skåne ansvarar för specialistvård och läkarvård.

I Skåne finns en [regional rutin för egenvårdsbedömning](#) som beskriver hur vi ska bedöma och ta beslut om egenvård.

Det finns undantag från grundregeln för särskilda boendeformer och bostäder med särskild service enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS där kommunen inte har hälso- och sjukvårdsansvar:

- a. Hem för vård eller boende, HVB (6 kapitlet, respektive 7 kapitlet, 1 paragrafen, 1 stycket, 1 punkten i socialtjänstlagen) är inte en sådan särskild boendeform som avses i 18 paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där.
- b. Korttidsvistelse där insatsen ges med stöd av 4 kapitlet 1 paragrafen i socialtjänstlagen, där kommunen köper platser från enskild verksamhet som har tillstånd enligt 7 kapitlet, 1 paragrafen, 1 stycket, 3 punkten i socialtjänstlagen (hem för viss annan heldygnsvård). Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret för den som vistas där.
- c. Korttidsvistelse för LSS, personkrets där insatsen ges med stöd av 9 paragrafen 6 punkten i LSS. Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen för dessa verksamheter. Detta gäller oavsett om korttidshemmet drivs av kommun eller enskild. (Enligt en promemoria från Sveriges kommuner och landsting 2003-07-08)
- d. Jourhem och familjehem samt stödboende för barn och unga, 16–20 år

4.2 Gemensam planering i samband med placering utanför hemmet

Om personen i samband med placering utanför hemmet behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska vi göra en samordnad individuell planering, SIP, där representanter för de enheter som ansvarar för insatserna och individen deltar och där vi tydliggör ansvarsfördelningen.

Vid placering ska vi särskilt beskriva:

- målsättning med placeringen
- individens behov och inställning
- respektive huvudmans ansvar för de vård- och stödinsatser som vi ska utföra
- om vi själva utför insatsen eller om de utförs av annan part
- hur vi tillgodoser skola eller sysselsättning.

4.3 Överenskommelse om kostnadsansvar vid placering utanför hemmet

Huvudregeln är att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till var och ens ansvar för vård, stöd och insatser, oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om vi har avtal med annan part.

Ansvar för kostnaderna fördelas enligt de principer som anges i avtal om ansvarsfördelning och utveckling för hälso- och sjukvården i Skåne.

Kostnadsfördelningen mellan huvudmännen ska vara klar innan vi gör en placering utanför hemmet. Vi ska inte ha diskussioner om kostnadsfördelning vid möte där den berörda personen medverkar. Ingen part kan i efterhand åberopa kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår av skriftlig kostnadsfördelning. Undantaget är då vi gör akuta placeringar. Då bör vi ha gjort en kostnadsfördelning senast fem dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att vi har gjort en ansvars- och kostnadsfördelning.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans ansvar för de vård- och stödinsatser de ska utföra
- hur vi ska tillgodose hälso- och sjukvårdsinsatser
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.

Om vi inte kan komma överens om en kostnadsfördelning är det båda parternas ansvar att vi tillgodoser personens behov i väntan på att vi gör klart kostnadsfördelningen.

Vuxenpsykiatri har ett dokument för betalningsansvar; "Riktlinjer som reglerar samarbete mellan Psykiatri Skåne och kommunerna i nordvästra Skåne avseende köp av extern vård." Detta dokument gäller vuxna.

4.4 Uppföljning vid placering utanför egna hemmet

De berörda verksamheterna ska göra en uppföljning av placeringar gemensamt och regelbundet. I takt med att personens behov förändras ska parterna bedöma om och hur vi ska justera kostnadsfördelningen.

Inför avslut av placering ska vi följa upp SIP och göra en gemensam planering för vidare insatser.

5. Gemensamma utvecklingsområden

Parterna följer ramöverenskommelsens utvecklingsområden, som vi ser är särskilt angelägna att utveckla i samverkan, samt har lagt till skolnärvaro, för att säkra kvaliteten för berörda personer och skapa förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg. Vi kan med fördel göra gemensam kompetensutveckling. I Stort lokalt samråd finns möjlighet att lyfta gemensamma utvecklingsområden ytterligare.

5.1 Kroppslig hälsa

Levnadsvanor ska uppmärksammas tidigt och vi behöver stödja hälsosamma levnadsvanor kontinuerligt och med uthållighet. Vi ska uppmärksamma målgruppernas behov av tandvård och ge det stöd som behövs.

Länk till dokumentet [Tandvård - Region Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/region/skane/om-regionen/regionens-verksamheter/tandvård)

Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruk och beroende då de utgör riskgrupper för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd och inte alltid får rätt tillgång till hälso- och sjukvård. Konsekvenser av medicinering samt symptom och funktionsnedsättningar till följd av psykisk sjukdom kan påverka personens förmåga att leva hälsosamt.

Medarbetare i kommuner och Region Skåne i Lokalt samråd psykiatri nordväst som möter målgrupperna har ett särskilt ansvar för att uppmärksamma och medverka till att kroppslig hälso- och sjukvård erbjuds personer med psykiska funktionsnedsättningar efter behov. Vissa grupper erbjuds hälsoundersökningar och kommunen ska i samverkan med Region Skåne ha rutiner och strukturerad samverkan så att dessa hälsoundersökningar blir av.

Barn och unga som i samhällsvård kan innan de placerades ha levt under omständigheter som gjort att de inte fått den omvårdnad som de behöver, vilket resulterat i psykisk eller kroppslig ohälsa. Behovet av tandvård, glasögon med mera är kanske inte tillgodosett. Om vi inte hälsoundersökt barnet inför placering finns det en risk att vi inte upptäcker hälsoproblem och att de därmed riskerar att förvärras. Det samma gäller om vi uppmärksammat problem men inte åtgärdat och följt upp dessa under placeringstiden.

Länk till Regional Riktlinje [forbattrad-somatisk-halsa-for-personer-med-allvarlig-psykisk-sjukdom-180528.pdf \(skane.se\)](https://www.skane.se/region/skane/om-regionen/regionens-verksamheter/psykiatri/forbattrad-somatisk-halsa-for-personer-med-allvarlig-psykisk-sjukdom-180528.pdf)

5.2 Samsjuklighet psykisk ohälsa och missbruk/beroende

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda personer med samsjuklighet av psykisk ohälsa och missbruk/beroende en samordnad vård. Psykisk ohälsa är vanligt bland personer med missbruk

och beroende. Behandlingsmöjligheter, följsamhet till behandling och behandlingsresultat för missbruk/beroende är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom, och vice versa. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. *Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas.* Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna. Samtliga parter bör uppmärksamma eventuell kriminalitet hos de vi möter med samsjuklighet, samt samverka med kriminalvården vid behov.

5.3 Personer med missbruk och beroende av spel om pengar

Region Skåne och kommuner i Lokalt samråd psykiatri nordväst ska se över behov och organisering av vård, behandling och stöd för personer med missbruk och beroende av spel om pengar. Region Skåne och kommunerna i Lokalt samråd psykiatri nordväst ska utveckla vården, öka kompetensen och ta fram rutiner för samverkan kring målgruppen. Det är angeläget att följa den nationella kunskapsutvecklingen och gemensamt öka kunskapen inom området. Samtliga parter bör uppmärksamma eventuell kriminalitet hos de vi möter med samsjuklighet samt samverka med kriminalvården vid behov.

5.4 Integrerade verksamheter och arbetssätt

När huvudmännen ingår avtal om lokala gemensamma verksamheter ska vi tillämpa ansvarsfördelningen i ramöverenskommelsen. Exempel på lokala verksamheter är Maria-mottagningar, Unga vuxna-mottagningar och mottagningar för personer med dubbeldiagnos.

Region Skåne och kommuner i Lokalt samråd psykiatri nordväst stödjer ett fortsatt arbete med metoder som är till hjälp för att uppfylla verksamheternas mål och uppdrag för samverkan med den berörda personen i fokus på ett effektivt samordnat sätt. Parterna ska verka för att utveckla modeller för att samordna insatser för personer med samtidig omfattande social och psykiatrisk problematik.

Exempel på olika integrerade arbetssätt som återfinns i Skåne.

- ACT - Assertive Community Treatment Behandling och stöd i multidisciplinära, aktiva och uppsökande team
- F-ACT - Flexible Assertive Community Treatment Återhämtningsbaserad flexibel behandling och stöd i multidisciplinära, aktiva och uppsökande team
- Case Management enligt modellen Integrerad Psykiatri - Brukarstyrd återhämtningsbaserad samordning med psykoedukativa komponenter
- Styrkemodellen - Återhämtningsbaserat aktivt uppsökande arbete/samordning med fokus på styrkor hos individen.

5.5 Suicidprevention

Kommuner och Region Skåne i Lokalt samråd psykiatri nordväst ska i samverkan med andra aktörer som polis, frivilligorganisationer, kyrka religiösa samfund, kriminalvård, näringsliv, lärosäten med flera arbeta för att minska antalet suicid och suicidförsök i Skåne. Se [suicidpreventiv handlingsplan](#). Det är viktigt att arbeta för att minska de organisatoriska mellanrum mellan våra olika verksamheter och de insatser som erbjuds och verka för en god informationsöverföring.

Suicidprevention i svensk sjukvård omfattar tre delkurser med grundläggande kunskaper om suicid och suicidprevention. Del 1 och 2 är anpassad för primärvård, personal på sjukhusen, samarbetspartners utanför Region Skåne samt psykiatri och habilitering. Även privatpersoner som vill öka sin kunskap i området är välkomna att ta del av utbildningen. Del 3 är en fördjupningsdel och är särskilt framtagen för personal som arbetar i Region Skånes psykiatri men även privata aktörer i psykiatrisk verksamhet. [SPiSS - Suicidprevention i Svensk sjukvård - Region Skåne \(skane.se\)](#)

5.6 Skolnärvaro

Närvaro i skolan är en central skyddsfaktor för den sociala och personliga utvecklingen. Frånvaro från skolan kan leda till framtida utanförskap, psykisk och somatisk ohälsa samt missbruk. Orsakerna till närvaroproblematiken finns ofta inom flera olika områden och samverkan och samsyn mellan olika verksamhetsområden är avgörande för att bryta frånvaron.

Därav krävs en systematiskt genomförd kartläggning och analys av frånvaroproblem så att vi kan sätta in rätt insatser. Vi kan behöva samordna insatser, utvecklingsarbete samt höjd kunskapsnivå för att främja skolnärvaro.



Datum

Christin Johansson
Socialchef
Socialförvaltningen
Båstads kommun

Datum

Inga-Britt Henriksson
Skolchef
Skol och fritidsförvaltningen
Båstads kommun



Datum

Madeleine Peyron
Förvaltningschef
Barn och utbildningsförvaltningen
Bjuvs kommun

Datum

Jessica Alfredson
Förvaltningschef
Vård och omsorgsförvaltningen
Bjuvs kommun

Datum

Mikael Bogarve
Bitr avdelningschef
Avdelningen för arbete och tillväxt
Bjuvs kommun



HELSINGBORG

Datum

Maria Norrby
Arbetsmarknadsdirektör
Arbetsmarknadsförvaltningen
Helsingborg Stad

Datum

Tony Mufic
Utbildningsdirektör
Skol och Fritidsförvaltningen
Helsingborg Stad

Datum

Emelie Erixon
Socialdirektör
Socialförvaltningen
Helsingborg Stad

Datum

Annika Andersson
Omsorgsdirektör
Vård och Omsorgsförvaltningen
Helsingborg Stad



**HÖGANÄS
KOMMUN**

Datum

**Mikael Dahlberg
Utbildningschef
Utbildningsförvaltningen
Höganäs kommun**

Datum

**Viweca Thoresson
Socialchef Socialförvaltningen
VD Höganäs Omsorg AB
Höganäs kommun**



Datum

Agneta Hugander
Förvaltningschef
Socialförvaltningen
Klippans kommun

Datum

Ros-Marie Bergman
Förvaltningschef
Barn och Utbildningsförvaltningen
Klippans kommun



**LANDSKRONA
STAD**

Datum

Annette Lindberg Mohlin
Förvaltningschef
Individ och familjeförvaltningen
Landskrona stad

Datum

Fredrik Menkus Wegbratt
Förvaltningschef
Utbildningsförvaltningen
Landskrona stad

Datum

Håkan Strömberg
Förvaltningschef
Omsorgsförvaltningen
Landskrona stad



Datum

Cecilia Andersson
Socialchef IFO
Vård och Omsorg
Svalövs kommun

Datum

Hans Dahlqvist
Utbildningschef
Utbildningsförvaltningen
Svalövs kommun



Datum

Gun Bylund
Tf Förvaltningschef
Socialförvaltningen
Åstorps kommun

Datum

Annika Hoppe
Förvaltningschef
Bildningsförvaltningen
Åstorps kommun



**Ängelholms
kommun**

Datum

Lars-Ola Olsson
Huvuduppdragschef Lärande o Familj
Ängelholms kommun

Datum

Filippa Kurdve
Huvuduppdragschef Hälsa
Ängelholms kommun



Datum

Johan Lindberg
Socialchef
Socialförvaltningen
Örkelljunga kommun

Datum

Kristian Lindgren
Utbildningschef
Utbildningsförvaltningen
Örkelljunga kommun



Datum

Linda Welin
Verksamhetschef
Barn- och ungdomspsykiatri
VO BUP Skåne
Region Skåne

Datum

Petra Bovide
Verksamhetschef
VO Habiliteringen
Region Skåne

Datum

Maria Holst
Verksamhetschef
VO Vuxenpsykiatri
Region Skåne

Datum

Emma Borgstrand
Primärvårdschef Nordvästra Skåne
Region Skåne

Privata Vårdaktörer



Datum

Åsa Stadell
Verksamhetschef
Wemind Helsingborg



Datum

Gisela Wong Nilsson
Verksamhetschef
LARO Sund Landskrona
LARO Sund Söder
LARO Sund Ramlösa



Datum

Charlotte Gedeon
Överläkare, Verksamhetschef
Solstenen Helsingborg
Solstenen Landskrona
Solstenen Ängelholm



Datum

Monica Nyman
Verksamhetschef
Humana LARO RSU



Datum

Mette Niltorp
Verksamhetschef, Sjuksköterska
LARO Kärnan



Datum

Caroliina Lind
Verksamhetschef
LARO Lejon

Privata Vårdaktörer - Vårdcentraler



Datum

Charlotte Fröderberg
Verksamhetschef
Helsingborgs Vårdcentral



Datum

Anne Lazukic
Verksamhetschef
Vårdcentral Berga Läkarhus



Datum

Anne Göransson
Verksamhetschef
Vårdcentral Centrumläkarna i Helsingborg



Datum

Ulrica Strandeus
Verksamhetschef
Cario Vårdcentral Helsingborg Mariastaden



Datum

Christel Nilsson
Verksamhetschef
Cario Vårdcentral Ängelholm



Datum

Jeanette Klemensson
Verksamhetschef
Vårdcentral Cario Citykliniken Landskrona



Datum

Sara Nilsson
Verksamhetschef
Capio Vårdcentral Klippan



Datum

Camilla Lorentzon
Verksamhetschef
Vårdcentral Capio Söder i Helsingborg
Vårdcentral Capio Drottninggatan i Helsingborg
Vårdcentral Capio Höganäs



Datum

Ulrica Berggren
Verksamhetschef
Capio Vårdcentral Båstad



Datum

Ida Knutsson
Verksamhetschef
Vårdcentral Cario Citykliniken Olympia, Helsingborg



Datum

Pernilla Henriksson
Verksamhetschef
Vårdcentral Privatläkarna Helsingborg



Datum

Camilla Widerberg
Verksamhetschef
Vårdcentralen Kungsgårdshälsan Ängelholm



Datum

Johan Holmberg
Verksamhetschef
Vårdcentral Hälsomedicinskt Center i Landskrona



Datum

Hassanein Alhafed
Leg. läkare och verksamhetschef
Vårdcentral Hjärtat i Helsingborg



Datum

Ismena Alagic
Verksamhetschef
Vårdcentral Garnisonsgatans Läkargrupp



Datum

Isak Lindstedt
Verksamhetschef
Achima Care Ekeby Vårdcentral



Datum

Elisabeth Rosenkvist
Distriktsläkare, verksamhetschef
Vårdcentral Läkargruppen Munka-Ljungby



Datum

Maja Gustafsson
Verksamhetschef, leg. Läkare, specialist i allmänmedicin
Achima Care Roslunda Vårdcentral



Datum

Louise Natt och Dag
Verksamhetschef
Båstad-Bjäre Läkarpraktik



Datum

Camilla Ling Jinnestål
Specialist i Allmänmedicin, verksamhetschef
Vårdcentral Läkargruppen Landskrona



Datum

Isabell Westman
Verksamhetschef
Väla Hälsocenter



Datum

Mona Andersson
Verksamhetschef
Vårdcentral Solklart Vård i Bjuv



Datum

Mona Andersson
Verksamhetschef
Vårdcentral Solljungahälsan