VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Christina Möller 2011-05-02 Dnr RSK 724-2010

SKARABORGS SJUKHUS
2011 -05- 11
Dnr Skas 78-11
Enhet
Handl. Anette Carlson

Till
Hälso- och sjukvårdsnämnder
Styrelser för primärvården
Styrelser för sjukhusen

Förslag till Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som innebär skyldigheter om samverkan mellan region och kommun. Bestämmelserna syftar till att säkerställa samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Sedan tidigare finns ett avtal om samverkan som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan regionen och kommunerna. I samrådet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen har beslutats att en överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning ska tas fram som en komplettering till hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett förslag till överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning har arbetats fram. Samrådet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen beslutade den 26 april att sända förslaget på remiss.

Synpunkter på bifogat förslag sänds per e-post senast den 30 september 2011 till christina.moller@vgregion.se.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström

Christina Möller

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

VästKom
Västsvenska Kommunförbundens samorganisation

FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

mellan
kommunerna i Västra Götaland
och Västra Götalandsregionen
om samarbete och samordning av insatser
till personer med psykisk funktionsnedsättning

[Ange datum]

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid

1 Bakgrund 3

1.1 Ny lagstiftning 3
1.2 Samarbete mellan kommuner och region 3

2 Utgångspunkter 4

2.1 Överenskommelsens omfattning 4
2.2 Gemensam värdegrund 4

3 Samordning 5

3.1 Målgrupp 5
3.2 Ansvar 5
3.2.1 Ledningens ansvar för samverkan 5
3.2.2 Ledningens ansvar för uppföljning 6
3.2.3 Båda huvudmännens ansvar 6
3.2.4 Kommunens ansvar 6
3.2.5 Regionens ansvar 7
3.3 Struktur för samverkan 8

4 Riktlinjer för samarbete och samordning 9

4.1 Vårdplanering 9
4.2 Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättpsykiatrisk vård 11
4.3 Insatser rörande personer med missbruk 13
4.4 Placering utanför hemmet 14

5 Tvister 16

6 Uppföljning 16

7 Avtalstid 16

Bilaga 17

1 Bakgrund

1.1 Ny lagstiftning

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i socialtjänstlagen, SoL och hälso- och sjukvårdslagen, HSL som innebär utökade skyldigheter för samverkan mellan region och kommuner.

Bestämmelserna syftar till att säkerställa samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

1.2 Samarbete mellan kommuner och region

Lagändringarna i HSL och SoL anger skyldighet:

- att ingå överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning.
- att upprätta en individuell plan för samordning när detta behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

I lagstiftningen ges landstinget i ansvar att särskilt beakta barn och ungdomars behov av information, råd och stöd när vuxen som barnet/ungdomen lever med har psykisk funktionsnedsättning, allvarlig sjukdom eller skada, har ett missbruk eller avlider. Motsvarande ansvar återfinns sedan tidigare i socialtjänstlagen.

Denna skyldighet för kommuner och landsting har skärpts genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:20). Föreskrifterna anger att kommunerna och landstinget ska skapa gemensamma rutiner för samordning av insatserna.

2 Utgångspunkter

2.1 Överenskommelsens omfattning

Denna överenskommelse om samarbete och samordning mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland har sin utgångspunkt i olika nationella och regionala styrdokument samt rådgivande och klargörande anvisningar (se bilaga).

Överenskommelsen handlar om huvudmännens samverkan runt enskilda individer. Huvudmännens interna ansvarsfördelning regleras ej.

Privata vårdgivare som har avtal med huvudmännen i Västra Götaland omfattas av denna överenskommelse.

2.2 Gemensam värdegrund

Nedan redovisas de grundläggande värderingar som är utgångspunkt för denna överenskommelse.

- Varje huvudman ska utföra sitt uppdrag med individens bästa för ögonen. I alla överväganden som rör enskild ska personen ges inflytande och vara delaktig.
- Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem som kräver särskild uppmärksamhet och kraftfulla insatser från kommuner och region. Huvudmännen ansvarar både var för sig och gemensamt för att tidigt identifiera personer med psykisk ohälsa.
- Tidiga insatser från båda huvudmännen ska ske på lägsta möjliga nivå och i den enskildes närmiljö, om det inte är uppenbart att personens behov direkt kräver särskild specialistkompetens.
- En funktionsnedsättning kan orsakas av skada eller sjukdom, som kräver medicinsk behandling och habilitering/rehabilitering. Ett funktionshinder uppstår om miljön och personliga hjälpmedel inte anpassas för att kompensera dessa hinder. Underlättande respektive hindrande faktorer i miljön ska därför alltid beaktas. Hindrande faktorer ska undanröjas.
- Lagstiftningen anger respektive huvudmans verksamhets- och kostnadsansvar. I fall då lagen inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser ska frågan lösas genom samarbete och överenskommelser mellan huvudmännen. Den enskildes intressen får aldrig åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar.
- Personer med psykisk funktionsnedsättning med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård har rätt att få sina behov av skydd, stöd, vård, behandling, habilitering och rehabilitering allsidigt utredda och tillgodosedda utan oskäligt dröjsmål. Kommuner och region har ett gemensamt ansvar för detta. Individens behov av utredning eller behandling ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart.
- Patientinflytande innebär att patienten uppmuntras och stöttas att själv sätta mål för behandlingen och ha ett avgörande inflytande över hur vården utformas. I tvångsvård har inte patienten ett avgörande inflytande men bör medverka och vara delaktig.

3 Samordning

3.1 Målgrupp

Alla med behov av samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst för att få sina behov tillgodosedda;

- barn och vuxna som har behov av insatser från både kommun och region
- barn och vuxna med psykisk funktionsnedsättning
- barn och vuxna med missbruk eller beroende
- barn och ungdomar, som lever med en vuxen som har psykisk funktionsnedsättning, allvarlig sjukdom eller skada, har missbruk eller avlider

3.2 Ansvar

3.2.1 Ledningens ansvar för samverkan

De båda huvudmännen ansvar för att prioritera samverkansarbetet och ge verksamheter och medarbetare de förutsättningar som krävs för att kunna arbeta i enlighet med denna överenskommelse. De ska säkerställa:

- att det finns en tydlig struktur och beslutsordning som främjar samverkan mellan huvudmännen
- att medarbetarna ges de förutsättningar som behövs för att kunna samverka i praktiken

Respektive huvudman ansvarar för att överenskommelser och rutiner för samverkan är väl kända och fungerar internt mellan olika verksamheter inom den egna organisationen. Särskilt viktigt är att kontinuiteten och uppföljningen av vård och insatser vidmakthålls kring den enskilde vid övergången mellan barn/vuxen och vuxen/äldre.

Varje huvudman ansvarar för att inom respektive organisation, på ett optimalt sätt, omhänderta initierade ärenden från den andra huvudmannen i syfte att uppnå effektiva insatser för den enskilde. Detta betyder att en huvudman inte ska kunna skjuta enskilda ärenden mellan sina olika verksamheter. Bristande resurser får inte användas som skäl för att överföra ansvar till annan huvudman.

I Socialstyrelsens båda föreskrifter om Ledningssystem för kvalitet i socialtjänst respektive hälso- och sjukvård framgår bland annat att det ska finnas rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete, hur samverkan ska bedrivas och ansvaret för medarbetarnas kompetens och kompetensutveckling.

I Socialstyrelsens vägledning, God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, beskrivs sex kvalitetsområden:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård

- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

3.2.2 Ledningens ansvar för uppföljning

Båda huvudmännens ledning har, gemensamt och var för sig, ansvar för att uppföljning av samverkan kring enskilda sker enligt denna överenskommelse. Uppföljningen bör genomföras gemensamt.

3.2.3 Båda huvudmännens ansvar

Då den enskilde behöver insatser från båda huvudmännen har regionens och kommunernas verksamheter gemensamt ansvar för att samordna insatserna och att involvera de verksamheter som behövs i planeringen av vård och insatser.

Viktiga insatser med gemensamt ansvar:

- Förebyggande insatser
- Tidig upptäckt av psykisk sjukdom och psykisk ohälsa och funktionsnedsättning
- Ta initiativ till att upprätta en individuell plan då den enskilde har behov av vård, stöd och insatser fler aktörer oavsett vilken huvudman den enskilde haft kontakt med tidigare
- Rehabiliterande insatser för att personen ska nå stabilitet i sitt boende, sina behandlingskontakter och i sitt arbete/sysselsättning
- Stöd och insatser till den enskilde för ökat självbestämmande, delaktighet och inflytande
- Stöd och insatser till vuxna, anhörig och barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för att skapa fungerande relationer
- Tillgodose behoven av hjälpmedel
- Utredning, bedömning samt stöd/vård/behandling vid missbruks-/ beroendeproblematik
- Samordning av behandling och sociala insatser, vid psykiatrisk tvångsvård, under vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område (permission)
- Planering inför och efter placering på hem för vård och boende (HVB) samt uppföljning under vistelsen
- Gemensamt ansvar för samverkan med tredje part
- Tillsammans med försäkringskassa och arbetsförmedling medverka till att den enskilde efter förmåga kan inträda/återinträda på arbetsmarknaden

3.2.4 Kommunens ansvar

Viktiga kommunala insatser:

- Uppsökande verksamhet, vid behov i samarbete med regionens psykiatri
- Utredning och insatser enligt SoL och LSS
- Försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd
- Socialt stöd och psykosociala insatser

- Särskilt boende
- Hemtjänst
- Boendestöd
- Sysselsättning
- Övriga insatser såsom kontaktperson och ledsagare
- Hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast till personer:
  - i särskilda boenden samt bostäder med särskild service,
  - med hemsjukvård i ordinärt boende samt
  - korttidsboende och daglig verksamhet
- Placering och uppföljning av personer på HVB
- Utredning och insatser enligt LVU/LVM
- Insatser enligt SoL och LSS, vid psykiatrisk tvångsvård, under vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område (permission)
- Insatser som får överlåtas till kommunen vid öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, exkl. insatser där ansvaret inte får överlåtas från psykiatrin

3.2.5 Regionens ansvar

Viktiga hälso- och sjukvårdsinsatser:

- Hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård
- Utredning inkl. bedömning av psykisk funktionsnedsättning
- Utredning och insatser enligt LPT/LRV
- Läkarbedömning/intyg vid tvångsvård (LVM och LVU)
- Hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som vårdas enligt LPT och LRV samt öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård under vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område (permission)
- Somatisk vård exkl. det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret
- Läkarinsatser
  - i särskilda boenden samt bostäder med särskild service,
  - med sjukvård i ordinärt boende samt
  - korttidsboende och daglig verksamhet
- Abstinensbehandling
- Initiering av samordnad vårdplanering för patienter som är utskrivningsklara från slutenvård eller som kan bli aktuella för öppen psykiatrisk tvångsvård
- Hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som vistas i hem för vård och boende (HVB)
- Råd och stöd till personer som tillhör LSS personkrets

3.3 Struktur för samverkan

Regional nivå

Som ett strategiskt politiskt forum för samverkan mellan huvudmännen i Västra Götaland finns det s.k. Samrådsorganet, där företrädare för Regionstyrelsen och VästKom (Västsvenska Kommunförbundens Samorganisation) regelbundet behandlar frågor som är gemensamma i gränslandet mellan regionens hälso- och sjukvård och de 49 kommunernas socialtjänst.

Delregional nivå

I varje delregion, kring sjukhusområdena finns vårdsamverkansorgan med chefstjänstemän från kommunerna, primärvården, sjukhusen och beställarkanslierna: Deras uppgift är att leda och utveckla vård och omsorg i länsdelen. De ska uppmärksamma brister i samverkan och undanröja hinder. De ger varandra fortlöpande information om sina resp. verksamheter och förändringar. Vårdsamverkansgrupperna samordnar gemensam kompetens- och metodutveckling. De fungerar också som stöd för lokal samverkan. Vårdsamverkansorganen bör stödja och utveckla former för en strukturerad samverkan med brukarorganisationer. Vårdsamverkan på delregional nivå har en lång tradition, samverkan har traditionellt mest handlat om multisjuka, äldre och processer kring utskrivningsklara patienter. Det är dock viktigt att samverkan också omfattar barn och unga, personer med funktionsnedsättning och personer med psykisk sjukdom och/eller missbruk. De delregionala samverkansorganen ansvarar för att samverkan enligt denna överenskommelse implementeras, följs upp och att gemensamma rutiner upprättas för det delregionala samarbetet.

Lokal nivå

För att främja samverkan ska det finnas en lokal struktur för chefssamverkan mellan kommunen och regionen på lokal kommunnivå. Syftet är att de lokala parterna ska besluta om gemensamma åtaganden och hur samverkan kring målgruppen kan utvecklas. Den lokala samrådsgruppen bör kontinuerligt möta brukarföreträdare och vid behov bör det lokala samrådet föra dialog andra huvudmän som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Kriminalvården. Det lokala samrådet bör vidare genomföra gemensamma inventeringar som underlag för verksamhets- och resursplanering och utarbeta en gemensam plan, inkl. rutiner för hur arbetet ska utvecklas enligt denna överenskommelse.

4 Riktlinjer för samarbete och samordning

Under detta avsnitt behandlas områden som Socialstyrelsen och SKL rekommenderar särskilt bör belysas i länsöverenskommelser om samarbete.

4.1 Vårdplanering

Nedan beskrivs en process för vårdplanering som kan genomföras utifrån olika regelverk. I Västra Götaland pågår ett utvecklingsarbete med IT-stödet KLARA SVPL som är en gemensam rutin för samordnad vårdplanering avseende utskrivningsklara patienter från slutenvården. Rutinen kommer på sikt att omfatta även annan vårdplanering.

När ska samordning mellan kommun och region erbjudas den enskilde?	När verksamheten bedömer att den enskilde behöver samordning för att få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till detta.
Vem initierar ett samordningsmöte och hur?	• Varje verksamhet kan kalla till samordningsmöte. • Samordningsmöte ska genomföras så snart som möjligt dock senast inom tre veckor. Särskilda regler gäller för vårdplanering av utskrivningsklara patienter och för planering av rättspsykiatrisk öppenvård.
Vilka deltar vid ett samordningsmöte?	• Person som har behov av samordning ska om möjligt delta och kan bistås av anhörig. • Personal från berörda verksamheter med beslutsmandat. • Varje verksamhet är skyldig att delta.
Begreppet anhörig samt barn och ungdomar som anhörig	• Begreppet anhörig ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till oavsett biologiskt släktskap. • Om ett barn ska delta i en planering som anhörig eller ej, ska avgöras från fall till fall. Främst är det barn över 12 år som kan tänkas bli delaktiga. När barnet deltar i planeringen måste barnets perspektiv och bästa beaktas och hänsyn tas till barnets ålder och mognad. Detta kan innebära att hon/han får särskild information om förälderns eller annan anhörigs sjukdom, tillstånd eller behov, syftet med planeringen och barnets roll. • När samordningen sker bör barnet/ungdomen ha någon med sig, vars främsta uppgift är att vara ett stöd.
När det finns anhöriga barn- och ungdomar	• Rutin för att identifiera om det finns barn i familjen. • Rutin för att identifiera barnets behov av information, stöd och hjälp. • Rutin för att säkerställa att relevant information, stöd och

	hjälp finns tillgängligt.
Vad avses med individuell plan?	• Befintliga planer enligt HSL, SoL eller LSS med flera ska ligga till grund för en individuell plan och säkerställa samordning mellan huvudmännen med fokus på individens behov. • Om det redan finns en plan enligt andra bestämmelser (t.ex. samordnad vårdplan vid öppen rättspsykiatrisk vård, öppen psykiatrisk tvångsvård, samordnad vårdplan för utskrivning från slutenvård eller samordningsplan för rehabilitering) är sådana planer tillräckliga så länge alla föreskrivna krav är uppfyllda.
Vad ska den individuella planen innehålla?	Den individuella planen ska innehålla: • uppgifter om den enskildes behov och förutsättningar • mål för de samordnade insatserna • planerade och beslutade insatser, även med beaktande av somatisk vård, tandvård, läkemedel och hjälpmedel • uppgifter om vilka verksamheter som ska genomföra insatserna, inkl. kostnadsansvar • en tidsplan för samordning, uppföljning och utvärdering av insatserna • underskrift av berörda parter
Hur ska samordningen dokumenteras?	• Vid samordningsmötet ansvarar verksamheterna för att en individuell plan upprättas och ges till den enskilde och berörda verksamheter. • Varje verksamhet ansvarar för att följa gällande regler för dokumentation.
Avvikelser	• Varje verksamhet ansvarar för att avvikelser hanteras enligt regler som gäller inom den egna verksamheten. • Varje berörd verksamhet ansvarar för att avvikelser dokumenteras och ligger till grund för uppföljning av dessa rutiner.
Hur länge pågår samordningen?	Samordning pågår så länge behov av samordning finns.
När ska planen följas upp?	Tidpunkt för uppföljningsmöten ska anges i den individuella planen. Varje part kan dessutom vid behov kalla till uppföljningsmöte.

4.2 Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättpsykiatrisk vård

När?	Personer som vårdas inom sluten psykiatrisk vård eller sluten rättspsykiatrisk vård, men som inte längre är i behov av att vara tvångsintagna på sjukvårdsinrättning.
Hur?	Beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, respektive öppen rättpsykiatrisk vård, fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren. Vården är alltid tidsbegränsad. Till en ansökan om tvång i öppenvård ska en samordnad vårdplan bifogas. Planen ska innehålla de särskilda villkor som patienten behöver iaktta för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård och upprättas i samråd med de verksamheter/enheter som blir ansvariga för insatsernas genomförande. Chefsöverläkaren ansvarar för att den samordnade vårdplanen upprättas, följs upp och för ev. ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk eller rättspsykiatrisk tvångsvård. Kommunen ska delta i vårdplaneringen. Om så inte skett ska det, tillsammans med en förklaring anges i den samordnade vårdplanen. Om kommunen beslutar att det inte finns behov av insatser från socialtjänsten eller att den enskilde inte önskar sådana insatser, ska det framgå av den samordnade vårdplanen. Vårdplanen är upprättad först när den har justerats av de enheter vid kommun och region som ansvarar för insatsernas genomförande. Vårdplanen skall delges samtliga parter. Chefsöverläkaren är skyldig att underrätta, helst i skriftlig form, berörda ansvariga enheter om Förvaltningsrättens beslut.
Särskilda villkor	Avsikten med vårdformen är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten tillsammans ska bedriva ett aktivt rehabiliteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov och möjlighet att komma tillbaka till samhället. Särskilda villkor är åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte ska återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster. Vid vård med särskild utskrivningsprövning ska dessutom beaktas vilka villkor som behövs för att motverka risken för återfall i brottslighet. Aktuella insatser kan vara medicinering, psykoterapi och andra sjukvårdsinsatser, men även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt SoL och LSS. Villkoren kan också omfatta insatser från andra huvudmän

	som t.ex. försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Socialtjänstens insatser förutsätter att patienten är villig att medverka i insatserna och själv ansöker om dessa. Socialtjänsten ska skyndsamt utreda behoven och fatta beslut om insatser. Psykiatrins slutenvård svarar för alla tvångsåtgärder. Kommunen får aldrig utöva sådant tvång. Vård enligt LPT och LRV får endast ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Om de särskilda villkoren inte följs och/eller det åter finns ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård, ska chefsöverläkaren lämna in en ansökan om återintagning till förvaltningsrätten, alternativt anmäla frågan om utskrivningsprövning. Undantagsvis och vid akuta behov kan chefsöverläkaren under vissa förutsättningar själv besluta om återintagning.
Utlämnande av information	Personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har långtgående ansvar att lämna ut uppgifter till varandra om en patient inte följer de särskilda villkoren. Det är chefsöverläkarens ansvar att skapa förutsättningar för att uppgiftslämnande, t.ex. genom att rutinerna tydliggörs i den samordnade vårdplanen. Personal inom socialtjänsten har på eget initiativ möjlighet, men inte skyldighet att rapportera till chefsöverläkaren om en patient inte respekterar uppställda villkor. På chefsöverläkarens begäran är socialtjänsten dock skyldig att lämna uppgifter om det behövs för att chefsöverläkaren ska kunna fullgöra sina skyldigheter enl. LPT och LRV.

4.3 Insatser rörande personer med missbruk

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroende-vården	Det gemensamma arbete för implementering av de nationella riktlinjerna i Västra Götaland som påbörjats genom projektet "Riktlinjer i Samverkan" (RIS) ska fortsätta i samverkan.
Utredning	Bedömning och utredning av missbruk kan ske både inom kommunens socialtjänst och regionens primärvård och specialistvård. Evidensbaserade metoder ska i första hand användas.
Ansvar för stöd/vård/behandling	Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att den enskilde får vård och behandling. Insatserna ska vara samordnade och integrerade och behandling ska ske av hela problematiken samtidigt. Vid behov av psykiatrisk och psykosocial behandling respektive sociala stödinsatser, ska dessa inledas och utföras oavsett om missbruket pågår eller inte. Ansvaret för insatser avseende vård och behandling av personer med missbruksproblematik skiljer sig inte från det ansvar som gäller för andra grupper. Kommunen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland för psykosocialt stöd och sjukvårdsinsatser t.o.m. sjuksköterskenivå. Övriga sjukvårdsinsatser är regionens ansvar. Många personer som har missbruks- respektive beroendeproblematik behandlas periodvis inom kriminalvården. Det behöver därför finnas rutiner för samverkan mellan kommun, region och kriminalvård.
Tillnyktring och abstinens-behandling	Polisen ansvarar för tillnyktring under omhändertagande (LOB). Både kommunens och regionens verksamheter har ett ansvar för att tillse att de personer som är i behov av tillnyktring får det och därför behöver det finnas gemensamma rutiner för samverkan med polisen. Regionen ansvarar för att vid behov ge behövliga sjukvårdsinsatser, t.ex. abstinensbehandling.

4.4 Placering utanför hemmet

När?	Placeringar på HVB kan vara aktuella vid • behov av vård och stöd i specifik miljö pga. av brukarens individuella behov eller allmänhetens skyddsbehov • behov av insatser med särskild kompetens som saknas på hemorten Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar på HVB genom att själva tillhandahålla mer individanpassad vård, stöd och andra insatser.
Ansvar	Principer för planering och ansvar för insatser till personer som är placerade utanför det egna hemmet skiljer sig inte från dem som gäller för de som bor i det egna hemmet. Huvudmännens ansvar och rutiner för samordnad vårdplanering är desamma som beskrivits tidigare i avsnitt 3.2 och 3.5. Kommunerna och regionen har ett gemensamt ansvar för vård, behandling och resultat vid placering utanför hemmet. Vardera huvudmannen ansvarar för sina insatser enligt lag och avtal utifrån den enskildes vård- och behandlingsbehov. Detta betyder att ansvaret kan vara helt kommunalt resp. helt regionalt. I de fall en person vistas i familjehem, på HVB-hem eller SiS-institution och är i behov av psykiatrisk behandling, kan denna ske antingen genom att patienten kommer till psykiatrisk öppenvårdsmottagning eller att psykiatrin svarar för behandling på institutionen. När det gäller enskilda patienter ska psykiatrin vid behov ge konsultation till berörd personal. Den enskildes situation ska vara avgörande för om behandlingen sker på mottagning eller på institutionen.
Planering	Socialtjänsten och psykiatrin gör sina utredningar och bedömningar av den enskildes behov av vård utanför det egna hemmet respektive behov av psykiatrisk behandling. Varje verksamhet ansvarar för utredning och bedömning inom sitt ansvarsområde. Då det finns behov av såväl vård utanför det egna hemmet som psykiatrisk vård ska en individuell plan upprättas.
Kostnadsfördelning	Principen för kostnadsfördelning utgår ifrån huvudmännens ansvar enligt lagstiftningen. Det är kommunen som avgör om den enskilde ska få insatser enligt socialtjänstlagen och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och det är regionen som avgör om patienten ska erhålla hälso- och sjukvård. Båda parter har rätt att själva ombesörja insatserna ovan eller träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget.

	Kostnadsfördelningen sker mellan huvudmännen och ska vara klarlagd innan placering sker utanför hemmet. Ingen part kan i efterhand kräva den andra på kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår i den individuella planen. Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast fem dagar efter placeringen. När den individuella planen är upprättad genomförs vård och behandling. Socialtjänsten och psykiatrin svarar för sina respektive insatser och därmed förenade kostnader i enlighet med den individuella planen. För patienter som vårdas inom psykiatrisk slutenvård kan bestämmelserna i Lag 1999:1404 om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård bli tillämpliga. För de personer som är folkbokförda i länet men behandlingshemsplacerade i annat län, gäller Riksavtalet för utomlänsvård. Innan placering sker i annat län ska båda parter vara överens om denna placering.

5 Tvister

Tvister som rör verksamhets- och kostnadsansvar förutsätts lösas i linjeorganisationerna. I de fall som tvister inte kan lösas till alla parters belåtenhet ska avvikelserapport skrivas. Tvister som inte kan lösas direkt av de inblandade ska anmälas till det lokala samrådet. Frågor av principiell betydelse och som inte kan lösas på lokal nivå lyfts de delregionala vårdsamverkansgrupperna för diskussion. Avvikelserapporter enligt denna överenskommelse ska årligen sammanställas på lokal respektive delregional nivå. De delregionala vårdsamverkansgrupperna ska utifrån sammanställningarna och övriga erfarenheter avge rapport med reflektioner som ett underlag för den årliga regionala uppföljningen.

6 Uppföljning

Överenskommelsen och riktlinjerna ska följas upp en gång per år. VästKom och Västra Götalandsregionen ansvarar gemensamt för revidering och uppdatering av överenskommelsen.

7 Avtalstid

Detta avtal gäller under förutsättning att det godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland.

Avtalet gäller perioden fr.o.m. [Ange datum] och tills vidare med 12 månaders ömsesidig uppsägningstid.

Bilaga

Styrdokument samt rådgivande och klargörande anvisningar.

Lagar och förordningar

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL
- Socialtjänstlag (2001:453), SoL
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV

Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och riktlinjer

- Socialstyrelsen SOSFS 2005:12 Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens vägledning till föreskriften SOSFS 2005:12 "God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" (januari 2006)
- Socialstyrelsen SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård
- Socialstyrelsen SOSFS 2006:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS
- Socialstyrelsen SOSFS 2008:18 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Socialstyrelsen SOSFS 2008:20 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Socialstyrelsen SOSFS 2009:6 Riktlinjer och rutiner för bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007)
- Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom (2010)
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010)
- Preliminära Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2010)

Avtal inom Västra Götaland

- Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (VÄSTBUS)

- Överenskommelse om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering för utskrivningsklara patienter m.m.
- Hjälpmedelsavtalet (avtal avseende hjälpmedelsförsörjning)
- Rutiner för tillämpning av SOSFS 2008:20, samordning av insatser för habilitering och rehabilitering i Västra Götaland
- Samverkansrutin för tillämpning av SOSFS 2009:6, bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Meddelandeblad och cirkulär

- Vuxna och barn och ungdom med psykiska funktionshinder - ansvarfördelning mellan kommun och landsting (SKL cirkulär 2006:58)
- Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m.m. (SKL cirkulär 2009:4)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till barn (SKL cirkulär 2009:65)
- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SKL cirkulär 2009:66)
- Överenskommelser om samarbete (Socialstyrelsens meddelandeblad 1/2010)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år (Socialstyrelsens meddelandeblad 4/2010)

Övriga vägledande dokument

- Hälso- och sjukvårdsinsatser för psykiskt funktionshindrade i hem för vård och boende HVB (Socialstyrelsen 2007)
- En politik för personer med psykisk sjukdom och psykisk fuktionsnedsättning (Regeringens skrivelse 2008/09:185)
- Vissa psykiatrifrågor m.m. (Prop. 2008/09:193)
- Äldres psykiska ohälsa, en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser (Socialstyrelsen 2008)
- Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2009)
- Psykiatrisk vård, ett steg på vägen (Socialstyrelsen 2010)