

# **Handlingsplan Vård- och stödsamordning**

Baserad på överenskommelse – personer med psykisk funktionsnedsättning, Landstinget i Värmland och länets kommuner

2013-09-25

## **1. Definition av målgrupp/er eller det område handlingsplanen avser**

Målgruppen för handlingsplanen är personer med psykisk funktionsnedsättning/allvarlig psykisk sjukdom och behov av omfattande insatser från två eller fler huvudmän. Definitionen för personer med psykisk funktionsnedsättning innefattar personer som på grund av psykisk ohälsa har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden som tex boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap/relationer och fritid. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Även personer med neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Komplex samsjuklighet mellan tex psykisk sjukdom och missbruk/beroende, somatisk sjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan leda till en större funktionsnedsättning än vad varje sjukdom i sig skulle göra.

Vård- och stödsamordning ska användas när den samordnade individuella planen har, för den aktuella brukaren, visat att de befintliga insatserna inte är tillräckliga för att brukaren ska nå sina uppsatta mål, och där man ser ett behov av ytterligare intensifiering och samordning av de båda huvudmännens insatser.

## **2. Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer Psykosociala insatser schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning**

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatriska vårdavdelningar eller som avbryter vårdkontakter, intensiv case management enligt ACT-modellen (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer som är nyinsjuknade i en psykossjukdom samordnade åtgärder i ett team enligt ACT-modellen med familjeinterventioner och social färdighetsträning, i tillägg till sedvanlig behandling (prioritet 3).

## **3. Ansvarsfördelning när de gäller aktuell målgrupp/område**

De båda myndigheterna har även en allmän lagstadgad skyldighet att både samverka och lämna god service enligt HSL och SoL.

Behovet av en vård- och stödsamordning kan uppmärksammas av kommunen och/eller landstinget, den andre huvudmannen är då skyldig att delta i arbetet. Det räcker således att en av huvudmännen gör bedömningen av att vård- och stödsamordning behövs för att skyldigheten ska inträda för båda.

Både kommun och landsting har ett ansvar för att underlätta goda relationer med patient-, brukar och anhörigorganisationer.

Båda huvudmännen är enligt överenskommelsen dessutom skyldiga att informera den andre huvudmannen om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningarna för samverkan eller samordning, eller få andra konsekvenser för den andre huvudmannens verksamhet

## 4. Insatser/behandlingsformer/arbetsformer för den enskilde huvudmannen eller i samverkan

### Kommunens ansvar

- Förebyggande och tidiga insatser
- Uppsökande verksamhet, vid behov i samarbete med landstingets psykiatri eller allmänmedicin.
- Social utredning
- Försörjningsstöd
- Socialt stöd och psykosociala insatser.
- Boende (enligt SoL och LSS) och boendestöd
- Sysselsättning
- Övriga insatser enligt SoL och LSS (såsom kontaktperson och/eller ledsagare)
- Hälso- och sjukvårdsinsatser enligt hemsjukvårdsavtalet
- Utredning enligt LVM
- Insatser under öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

### Landstingets ansvar

- Förebyggande och tidiga insatser
- Psykiatrisk utredning inklusive bedömningar av psykisk funktionsnedsättning
- Behandling och rehabilitering i såväl öppen som sluten psykiatrisk vård
- Somatisk vård (Undantag utgörs för det ansvar som enligt HSL åvilar kommun i boende med särskild service)
- Läkarinsatser i boende med särskilt stöd service
- Information, råd och stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Initiering av samordnad vårdplanering för patienter som är utskrivningsklara från slutenvård eller som kan bli aktuella för öppen psykiatrisk tvångsvård
- Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som vistas på hem för vård och boende (HVB)
- Råd och stöd till personer som tillhör LSS personkrets.
- Insatser under permission från psykiatrisk tvångsvård

## 5. Förtydligande av ansvar bas- och specialistnivå

En överenskommelse som reglerar ansvarsfördelningen mellan allmänmedicin och psykiatri finns. Inom den specialiserade psykiatrin finns ett specialiserat basutbud inom den psykiatriska öppenvården. En ytterligare specialisering finns inom verksamheten länsgemensam psykiatri.

## 6. Övergripande samverkansformer

Båda huvudmännens ledning har, gemensamt och var för sig ett ansvar för att uppföljning av samverkan kring enskilda individer sker enligt denna handlingsplan.

Övergripande och principiella frågor som berör länets kommuner och landstinget bör/ska beredas via psykiatrisamordningen Värmland. Rekommendation om inriktning av beslut kan fattas av Beredningsgruppen, dock är det väsentligt att understryka att formellt beslut endast kan fattas av respektive huvudman.

Samordnad individuell plan ska föregås Vård- och stödsamordning. Bedömningen ska göras i varje enskilt fall utifrån det som kommer fram i den Samordnade individuella planen och övriga uppgifter om individens

hälsotillstånd och sociala situation. Uppgifterna i en epikris eller en utredning utifrån en biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har ansvaret för. De enskilde och närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse.

Information om vård- och stödsamordning samt kontaktuppgifterna till kommunens respektive landstingets Vård- och stödsamordnare finns på deras hemsidor.

Samverkansskyldigheten utvidgar inte huvudmännens möjlighet att utbyta information, utan planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser. Skyldigheten inträder så snart ett behov av vård- och stödsamordning har upptäckts. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, vilket innebär att personer inom 7 dagar ska få en första kontakt, tex via telefon, med en enhet inom kommunen och/eller psykiatrin, där det finns kunskap om att bedöma om personen tillhör målgruppen. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.

En förutsättning för samverkan är att individen skriftligen eller på annat lämpligt sätt samtycker till att upphäva sekretessen mellan huvudmännen. Förslagsvis används bifogat exempel..

I de fall den enskildes tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning. Även personliga ombud kan ha en betydelsefull roll i detta sammanhang.

Offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser måste iakttas i kontakten mellan landsting, kommun och andra myndigheter.

## **7. Former för samverkan kring enskilda individer**

Enligt beskrivning ovan, avseende respektive huvudmans ansvar, ska samverkan ske med den enskildes bästa för ögonen. I alla överväganden som rör den enskilde brukaren/patienten ska han/hon ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad.

Brukaren/patienten har med hjälp av vård- och stödsamordnaren möjlighet att samla personer ur det professionella och privata nätverket i en resursgrupp. Det är den enskilde brukaren/patientens individuella behov som styr arbetet och brukaren ges på detta sätt möjlighet att överblicka och påverka sin rehabiliteringsprocess.

Båda parter är skyldiga att motivera brukaren/patienten att arbeta med vård- och stödsamordning. När den ena huvudmannen har fått ett samtycke kontaktas brukarens/patientens öppenvårdsmottagning/socialpsykiatriska stödet och ett första gemensamt möte planeras.

Arbetsättet förespråkar att möten ska hållas hemma hos brukaren/patienten. Att träffas i hemmiljö ger vård- och stödsamordnarna en bättre helhetsbild av brukarens/patientens situation. I de fall där brukaren/patienten inte vill träffas hemma hos sig sker mötena på mottagningen eller annan plats som brukaren/patienten finner lämplig. Om möten i brukarens/patientens hem blir ett hinder för samverkan förordas träffa på en mottagning.

Om brukaren/patienten inte vill skriva under ett samtycke men ändå ger ett muntligt godkännande till informationsutbyte ska detta dokumenteras i brukarens/patientens journal hos respektive huvudman.

Brukaren/patienten ska ha en kopia av alla arbetsblad i en pärm hemma hos sig.

Bilaga 1 beskriver arbetsgången och de där nämnda arbetsbladen hänvisar till programmet Integrerad Psykiatri.

## **8. Gemensamma informations- och utbildningsinsatser/former för kompetensöverföring**

Väl fungerande samverkan bygger på god kännedom om varandras verksamheter samt respekt för de olika uppdragen. Både kommunerna och landstinget anser därför att all personal som deltar i samverkan bör ha god kännedom om förutsättningarna för samarbetspartens uppdrag. Respektive chefer ansvarar för att samverkan etableras och fungerar.

Gemensamma utbildningsinsatser för hela länet ska genomföras vid behov. Ansvar för planering av innehåll i utbildningen sker gemensamt av kommun och landsting och Region Värmland svarar för att planeringen kommer till stånd.

Huvudmännen ansvarar för att medarbetarna får den handledning som krävs för att arbeta med vård- och stödsamordning.

## **9. Sysselsättning/arbete/skola**

Erbjudande om sysselsättning/arbete/skola ska präglas av god kunskap om den enskildes förmåga, kunskap och kompetens. Planering ska ske i nära samråd med den enskilde och dennes upplevelse av meningsfullhet ska tillmätas stor betydelse.

## **10. Förebyggande och tidiga insatser**

Förebyggande och tidiga insatser är ett gemensamt ansvar för de båda huvudmännen

## **11. Former för samverkan med den anhöriga/närstående**

Anhöriga och närstående har en viktig roll för alla personer med psykisk funktionsnedsättning. För målgruppen unga vuxna är det dock extra viktigt att betona detta. Både kommun och landsting har ett ansvar för att underlätta goda relationer med organisationer där anhöriga och närstående finns. På det övergripande nivå bör regelbundna möten med dessa organisationer ske, dessa möten kan med fördel organiseras tillsammans av de olika huvudmännen. På individnivå ska alltid relation till anhöriga och närstående beaktas i den individuella planeringen för den enskilde. Båda huvudmännen har ett ansvar för att anhöriga och närstående på ett adekvat sätt kan medverka vid vårdplanering och andra former för beslut.

I vård- och stödsamordning bör närstående engageras, om den enskilde inte motsätter sig detta. Personer som lever nära patienten eller klienten berörs i hög grad av de planerade insatserna och bör därför ha möjlighet att ge uttryck för sina åsikter, behov och önskemål.

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära relation till, oavsett biologiskt släktskap. Det bör i hög grad vara personen själv som avgör vem eller vilka som är närstående.

## **12. Former för brukares/patienters delaktighet**

Organisationer som företräder brukare/patienter ska inbjudas till regelbundna samverkansmöten. Vid dessa möten är det viktigt med informationsöverföring samt reellt inflytande vad gäller utvecklingsfrågor.

På individnivå är den enskildes delaktighet nödvändig vid all planering av vård- och stödinsatser.

Arbetet med vård- och stödsamordning sker tillsammans med den enskilde. Genom uttrycket ”tillsammans med” understryks att han eller hon ska ges möjlighet att delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för samarbetet.

### **13. Uppföljning och utvärdering**

Kommunernas och landstingets ordinarie kvalitetsuppföljning ska även omfatta uppföljning av funktionalitet i den länsgemensamma överenskommelsen och handlingsplaner. Övergripande uppföljning och utvärdering av handlingsplanerna åvilar Psykiatrisamordningen Värmland.

Beredningsgruppen för Nya Perspektiv genom psykiatrisamordning Värmland (Region Värmland) ansvarar för:

- att följa upp handlingsplanerna och ta initiativ i de situationer då överenskommelsen och handlingsplaner inte följs
- initiativtagande till att samverkansgrupper bildas för att revidera handlingsplaner
- för revidering av handlingsplanen
- fastställa handlingsplanerna

### **14. Beslut om eventuell gemensam finansiering**

Beslut om eventuell gemensam finansiering löses i samverkan mellan respektive huvudman. Önskas vägledning vid tvister kan ärendet föras till Beredningsgruppen för Nya Perspektiv. Viktiga frågor som löses på detta sätt bör dokumenteras för att spridas samt för att utgöra underlag vid revideringsarbetet.

### **15. Giltighetstid**

Denna handlingsplan gäller från och med 2013-09-23 till och med 2016-09-22.

Handlingsplanen följs upp och utvärderas under 2016.



**SAMTYCKE**  
till  
samarbete och informationsutbyte

Jag ger mitt samtycke till samarbete och informationsutbyte mellan  
..... och .....

Samtycket kan återkallas.

Datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Samtycket återkallat:

Datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_



## CHECKLISTA

Brukare/Patient: _____ Telefon: _____
--

**Vem gör vad? *Boka allt tider***

	Kommunen	Öppenvård	Datum
Samtycke Checklista Kontaktuppgifter	X	X	Första mötet
Intervju	X	X	
Nätverkskarta			
En vanlig dag			
QLS-100			
Tidiga tecken med krisplan	X	X	
Förberedelser inför Gemensam arbetsplan	X	X	

**Boka tider för:**

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Resursgruppsmöte							

# Lista över nätverk

## Klienten

Personnummer \_\_\_\_\_

Bostadsadress \_\_\_\_\_

Vistelseadress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Närstående

Mor \_\_\_\_\_

Far \_\_\_\_\_

Maka/sambo \_\_\_\_\_

Barn \_\_\_\_\_

Syskon \_\_\_\_\_

Annan närstående \_\_\_\_\_

## Kommunen

Handläggare \_\_\_\_\_

Boendestöd/hemtjänst \_\_\_\_\_

Andra stödkontakter \_\_\_\_\_

## **Psykiatrisk vård**

Läkare \_\_\_\_\_

Vård- och stödsamordnare \_\_\_\_\_

Fast vårdkontakt \_\_\_\_\_

Kontaktperson i slutenvård \_\_\_\_\_

Övrig sjukvård \_\_\_\_\_

Husläkare/vårdcentral \_\_\_\_\_

## **Vänner och andra aktuella**

God man/förvaltare \_\_\_\_\_

Hyresvärd \_\_\_\_\_

Försäkringskassan \_\_\_\_\_

Arbetsgivare/arbetsrehabilitering \_\_\_\_\_

