

Lokal handlingsplan
för psykiatri- och beroendefrågor mellan
Tjörns kommun, primärvården och psykiatriska
mottagningen Stenungsund/Tjörn 2018-2021



1. Bakgrund

Samverkan mellan kommuner och sjukvård i Västra Götalandsregionen regleras på övergripande nivå av "Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk".

Tillsammans med den delregionala överenskommelsen reglerar den lokala samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatri. Handlingsplanen är framtagen i samverkan inom SIMBA, lokal psykiatrigrupp Tjörn och brukarrepresentant är NSPHIG.

2. Mål och syfte med samverkan

Att den enskilde ska vara delaktig, ha inflytande och känna välbefinnande oavsett var i vård- och stödsammanhanget han eller hon befinner sig. Insatserna ska vara av hög kvalitet, koordinerade och sammanhållna på ett sätt som gör att den enskilde inte märker av övergångarna mellan de olika huvudmännens ansvarsområden.

3. Målgrupp

Personer 18 år och äldre med betydande psykisk funktionsnedsättning/allvarlig psykisk sjukdom och personer med beroendeproblematik som har behov av insatser från både kommunen och VGR:s hälso- och sjukvård.

Överenskommelsen omfattar även personer med samsjuklighet, personer placerade på HVB-hem samt i psykiatrisk vård.

4. Gemensamma värderingar

Psykisk ohälsa och beroendeproblematik är ett växande folkhälsoproblem som kräver uppmärksamhet och förebyggande insatser från kommuner och region (såväl från primärvård som från specialistpsykiatri). Kommuner och region ansvarar båda var för sig och gemensamt för att tidigt identifiera enskilda med psykiatriska tillstånd och personer med risk- eller beroende.

Varje verksamhet ska utföra sitt uppdrag med den enskildes bästa för ögonen. I alla överväganden som rör enskild skall denne ges möjlighet att uttrycka sin mening, bli respekterad och få inflytande över sin situation.

Bedömning och insatser skall ske enligt lägsta effektiva omhändertagande nivå i de fall då det inte är uppenbart att den enskildes behov direkt kräver särskild specialistkompetens. Alla enskilda som är i behov av särskilt stöd har rätt att få sina behov av skydd, stöd, vård, behandling, habilitering och rehabilitering allsidigt utredda. Eventuella insatser skall ske utan oskäligt dröjsmål. Kommuner och region har ett gemensamt ansvar. Den enskildes behov av utredning eller behandling ska tillgodoses utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart. Förhållningssättet skall vara salutogent, och lösningarna anpassas efter varje individs behov och förutsättningar.

5. Beskrivning av de målgrupper som omfattas av handlingsplanen

5.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen består av personer oavsett ålder med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen. Svårigheterna ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid.

5.2 Personer med missbruk av spel, alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel

Målgruppen omfattar personer oavsett ålder med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel. Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller hens omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukar oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

5.3 Personer med samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomar, psykiska och/eller somatiska. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid beroendeproblematik. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och tidig död.

6. Förtydligande av ansvar mellan socialtjänst, primärvård och psykiatri

6.1 Socialtjänsten ansvarar för:

- Uppsökande verksamhet utifrån signaler om missförhållanden och vid behov i samarbete med regionens psykiatri
- Utredning och insatser enligt SoL och LSS
- Försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd, förmedling av egna medel
- Socialt stöd och psykosociala insatser
- Särskilt boende
- Boendestöd/behandlingspedagog
- Integrerad Socialmedicinsk mottagning
- Arbetsmarknadsinsatser och daglig verksamhet
- Övriga insatser såsom kontaktperson och ledsagare
- Hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut till personer:
 - o I särskilda boenden samt bostäder med särskild service
 - o Med hemsjukvård i ordinärt boende samt
 - o Korttidsboende (exkl. LSS) och daglig verksamhet samt under vistelse i daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL
- Utredning och insatser enligt Lagen om vård av unga (LVU)/Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- Insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service åt vissa funktionshindrade (LSS) vid psykiatrisk tvångsvård, under vistelse utanför

sjukvårdsinrättningens område (permission)

- Insatser som får överlåtas till kommunen vid öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård
- I de fall den enskilde vänder sig till socialtjänsten för information och stöd har verksamheten ansvar att hantera ärendet tills överlämning eller avslut skett.

6.2 Psykiatrin ansvarar för:

- Utredda, diagnostisera, behandla, vårda och rehabilitera enskilda med psykiska störningar som kräver specialistpsykiatrins kompetens och resurser i öppna och slutna vårdformer
- Upprätthålla akutverksamhet för målgruppen genom sjukhusets psykiatriska akutmottagning
- Myndighetsutövning i form av tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)
- Underrätta kommunen vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård, samt i samarbete med berörda enheter inom kommunen utforma vårdplan för sådan vård
- Att fungera som konsult och ha ett kunskapsansvar beträffande psykiatriska frågeställningar till vårdgrannar såsom primärvård, övrig sjukvård, kommun och andra myndigheter i enskilda ärenden
- Att till samverkande myndigheter/vårdgivare bidra med kunskap om psykiska störningar/psykisk ohälsa och om psykiatrisk behandling
- Utveckling av vårdprogram inom specialiteten
- I de fall den enskilde vänder sig till psykiatrin för information och stöd har verksamheten ansvar att hantera ärendet.

6.3 Primärvård ansvarar för:

- Den första linjens sjukvård, såväl somatisk som psykiatrisk
- Somatic sjukvård för enskilda med psykiatriska funktionsnedsättningar och missbruk/beroende inom den öppna vården
- Bedömning avseende LPT när det gäller enskilda personer som inte har pågående kontakt med psykiatrin eller efter överenskommelse med specialistpsykiatrin
- Att ge konsultation till kommunens vårdpersonal avseende de enskilda som primärvården har ett behandlingsansvar för
- I de fall den enskilde vänder sig till primärvården för information och stöd har verksamheten ansvar att hantera ärendet tills överlämning eller avslut skett.

7. Samverkansskyldighet och informationsskyldighet

All planering kring vård och stöd insatser utgår ifrån den enskildes och vård- och stödsamordnares gemensamma beslut. Den enskildes delaktighet i beslutsprocessen och i upprättandet av Samordnad Individuell Plan (SIP) är med andra ord en grundförutsättning för samordnade insatser. Det åligger varje huvudman att i så hög utsträckning som möjligt planera och samverka inför SIP-möte så mötet blir meningsfullt för den enskilde och samverkansparterna. Skyldighet och eget ansvar råder för alla parter att initiera och delta i samverkan. Samverkan skall ske både på lednings- och på verksamhetsnivå.

Respektive verksamhet har ett ansvar för att inom sin organisation informera om riktlinjerna och för att berörda medarbetare har kännedom om innehållet.

Respektive verksamhet ansvarar även för att informera övriga huvudmän om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningarna för samverkan eller få konsekvenser för annan huvudmans verksamhet.

7.1. Samverkan sker i följande former:

- Samordnad Individuell Plan (SIP-möte)
- Resursgruppsmöte
- Samverkan på handläggarnivå
- Lokala ledningsgrupper så kallade psykiatrigrupper, med representation från primärvård, vuxenpsykiatri, socialtjänst och habilitering
- Samlokalisering av personal, socialsekreterare på plats inom vuxenpsykiatri, primärvårdens sjuksköterska på plats på kommunens socialmedicinska mottagning.

7.2. Lokal psykiatrigrupp:

Lokal psykiatrigrupp är basen för samverkan kring psykiatrifrågor. Gruppen träffas 5 ggr/år. Den lokala psykiatrigruppen har följande medlemmar:

- Tjörns kommun:
 - Enhetschef, Öppenvård och arbetsmarknad (Individ och familjeavdelningen)
 - Enhetschef, Samlad myndighetsutövning (Individ och familjeavdelningen)
 - Utvecklingsledare/Handläggare (Socialförvaltningen)
 - Medicinskt ansvarig sjuksköterska (Kommunal hälso- och sjukvård)
- Primärvården:
 - Verksamhetschef, Närhälsan Tjörn vårdcentral
 - Verksamhetschef, Capio Läkarhus Almö
- Psykiatri:
 - Enhetschef Psykiatriska mottagningen Stenungsund/Tjörn, Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus
 - Vårdenhetschef heldygnsvård, Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus,

Vid behov adjungeras andra professioner för samverkan kring psykiatri- och beroende frågor.

7.3. Samverkan primärvård/psykiatri

Allmänpsykiatri (Psykiatriska mottagningens allmänpsykiatriska team):

Samverkan sker via remiss och SAMSA, utifrån de regionala riktlinjerna "Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri". Det är önskvärt att remisser skrivs i första hand av läkare som sammanfattar samtliga insatser och formulerar frågeställningen så att både medicinska, sociala och psykologiska aspekter beaktas.

Minst två gånger per termin skall representanter för Psykiatriska mottagningen Stenungsund/Tjörn, komma till vårdcentralerna för konsultation och diskussion. Konsultationsinsatsen från psykiatrin utförs i första hand av läkare och psykolog.

Psykospsykiatri (Psykosteamet Stenungsund/Tjörn):

Samverkan sker i enskilda fall.

Psykiatrisk beroendevård/avgiftning (Avdelning 10), Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus:

Samverkan sker i enskilda fall.

7.4. Samverkan primärvård/kommun

Ungdomshälsan:

Samverkan sker utifrån behov i enskilda ärenden.

Integrerad Socialmedicinsk mottagning:

Samverkan sker mellan kommunens kurator och primärvårdens läkare och sjuksköterska.

Bedömningar av den psykiska ohälsan och missbruk/beroende och insatser skall i första hand ske på primärvården. Om det finns behov av specialistpsykiatri så skickas remiss vidare för ny bedömning på specialist nivå.

7.5. Lokal Ledningsgrupp för Samordningsförbundet

Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, psykiatrin, primärvården och kommunen ingår i ett förbund för finansiell samordning. Samordningen ska underlätta för parterna att använda sina resurser effektivare och samordna sina rehabiliteringsinsatser för att ge de enskilda som är i behov av stöd från flera olika aktörer möjlighet att återställa eller öka sin funktions- och arbetsförmåga.

7.6. Samverkan socialpsykiatri/specialistpsykiatri/socialmedicin

Nätverksmöten kring den enskilde med psykiatrins personal, boendestödjare och socialsekreterare/biståndshandläggare sker när vårdbehovet ändrar sig eller som uppföljning för att veta hur insatserna fungerar. Den enskilde är i allmänhet närvarande vid mötena. Samverkan i öppenvård i enskilda ärenden sker efter att kontakt tagits av enskild enhet inom kommunen eller av specialistpsykiatrin.

Utöver det ansvar som åvilar varje huvudman erbjuds personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av långvarigt stöd, och som av varierande skäl behöver utökat samarbete modellen *Vård- och stödsamordning(VSS)*. Modellen grundar sig på delat beslutsfattande och man skapar en välgrundad brukarstyrd SIP (se bilaga 1).

Den kommunala psykiatrin (psykiatriboenden/boendestöd/ sysselsättningen) har möjlighet att medverka i psykiatrins behandlingskonferenser efter att ha fått enskilds medgivande. I enskilda ärenden kan representanter från psykiatrin kortvarigt handleda kommunal personal och bistå med råd och vägledning.

Psykosteamet Tjörn/Stenungsund har vid behov återkommande möten med Socialmedicin, Kållekärrs serviceboende samt Boendestödet för diskussion av gemensamma rutiner och övergripande frågor.

7.7. Samverkan Arbetsmarknadsenheten/psykiatri

Arbetsmarknadsenhetens mål är att så långt det är möjligt rusta individer som står utanför arbetsgemenskapen i arbete, studier eller daglig sysselsättning. Samverkan sker i individuella ärenden och via den lokala psykiatrigruppen.

7.8. Samverkan med Individ- och familjeavdelningen/ungdomsmottagning/psykiatri

I förekommande fall sker samverkan utifrån behov i enskilda ärenden.

7.9. Samverkan psykiatri/hemsjukvård/hemtjänst

Samverkan ska ske enligt "Rutiner för samverkan mellan Psykiatriska mottagningen/psykosteamet Tjörn/Stenungsund och Hemsjukvården" som ska finnas aktuella hos psykiatrins och hemsjukvårdens sjuksköterskor.

8. Gemensam kompetensutveckling

8.1. Kompetensutveckling mellan kommun och specialistpsykiatri

- Väl fungerande samverkan bygger på god kännedom om varandras verksamheter samt respekt för de olika uppdragen. En förutsättning för detta är gemensamma utbildningsinsatser som belyser möjligheterna att samverka.
- Representanterna i den lokala psykiatrigruppen ansvarar för att informera i sina respektive verksamheter
- All personal som deltar i samverkan skall ha god kännedom om de förutsättningar som finns för samarbetspartens uppdrag
- Respektive chef ansvarar för att samverkan etableras och fungerar, detta skall ingå i enheternas verksamhetsplan
- Kommunen och psykiatriska sjukvården skall utse Vård- och stödsamordnare till de brukare som erbjuds metoden. Man skall ge dessa utrymme och mandat att arbeta manualbaserat, vilket även innebär tid för hembesök, metodhandledning och utbildning

8.2. Utvecklingsområden

- Tillföra verksamheterna kunskap om den lagstiftning som reglerar de verksamheter man inte själv tillhör
- Att anhörigkonsulenten vid behov deltar i den lokala psykiatrigruppen
- Den lokala psykiatrigruppen ska arbeta för att information avseende SIP, VSS och nationella riktlinjer mm sprids inom respektive verksamhet
- Fortsätta utveckla integrerade verksamheter i större utsträckning än idag
- Utveckla arbetssätt för digital kommunikation ex Skype och SAMSA
- Utveckla former för konsultation och kunskapsutbyte
- Arbeta för att nyanställd personal inom kommun och psykiatri någon gång under sitt första år ska få genomgå gemensamt introduktionsprogram
- Arbeta för att nyanställd personal inom kommun och psykiatri någon gång under sitt första år ska få genomföra utbytestjänstgöring.
- Arbeta fram samverkansrutiner enligt "Trygg och säker utskrivning"

9. Samverkan kring den enskilde i samband med psykiatrisk heldygnsvård

Under 2018/2019 kommer nya rutiner att implementeras för trygg och säker utskrivning av patienter som är inskrivna på psykiatriskavdelning. Detta utifrån lagändringen som trädde i kraft 1 januari 2018, *Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*). För personer som skrivs ut från psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vård beräknas lagändringen träda i kraft först 1 jan 2019. Lagen riktar sig till personer som bedömts ha behov av samordnade insatser efter utskrivningen.

Före avslutad heldygnsvård skall – om den enskilde samtycker till det eller kan antas inte ha något att invända mot det – information om den enskilde översändas till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården.

För en enskild i den psykiatriska heldygnsvården inträder kommunens betalningsansvar tidigast trettio vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering. Detta gäller tills den nya lagen (2017:612) träder i kraft. From 25 september 2018 gäller betalningsansvaret efter femton dagar (alla veckodagar) och from 1 januari 2019 gäller det tre dagar.

10. Samverkan kring den enskilde i öppenvård

Samverkan kring den enskilde i öppenvård sker i huvudsak enligt nedanstående modell:

1. En samordnad individuell plan (SIP) ska enligt lag ([SoL](#), [LSS](#) och [HSL](#)) finnas för den enskilde i de fall som det behövs och vara vägledande i arbetet enligt nedanstående riktlinjer. Kommunens genomförandeplaner och sjukvårdens vårdplaner är underlag för en SIP (och vice versa). Den enskilde själv ska i normalfallet delta i arbetet och även närstående ska bjudas in. När det gäller enskilda med psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör man utgå från att en gemensam plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Målet är att antalet SIP ska öka.
2. Om en handläggare/behandlare inom någon av de inblandade verksamheterna tillsammans med den enskilde och dennes familj/nätverk upplever att man har behov av ytterligare insatser utanför den egna verksamheten – och om en SIP inte redan finns – tas kontakt med aktuell verksamhet/verksamheter. De professionella aktörerna skall prioritera inbjudan till ett sådant möte.

3. Någon i den inbjudande verksamheten leder ett samverkansmöte som hålls snarast, dock senast inom 3 veckor. Syftet med mötet är att få en gemensam helhetsbild, klargöra den enskildes resurser (nätverk) och behov, koppla resurser ur det professionella nätverket till behoven, upprätta samordnad individuell plan, tydliggöra ansvarsområden. SIP skall vara konkret avseende de insatser som respektive verksamhet skall ansvara för. Där skall tydligt framgå vem som gör vad, omfattningen på insatsen samt var stödet/behandlingen skall ges. Dessutom skall det tydligt framgå vem som har ansvar för uppföljning och när den skall ske. Om den enskilde ingår i vård- och stödsamordningsarbete sker arbetet enligt denna modell och en SIP görs efter en kartläggningsfas. Anställda hos huvudmännen skall medverka i resursgruppsmöten då de bjuds in.
4. Respektive verksamhet ansvarar för bedömning av den enskildes behov utifrån sitt kompetensområde.
5. Vård och behandling genomförs, respektive huvudman svarar för insatser och därmed förenade kostnader i enlighet med sitt ansvar.

11. Gemensamt ansvar för insatser utanför hemmet

Principer för insatser till den enskilde som är placerade utanför det egna hemmet skiljer sig inte från dem som gäller för enskilda som bor i det egna hemmet.

Principen för kostnadsfördelning utgår från huvudmännens ansvar enligt lagstiftningen. Det är socialtjänsten som avgör om den enskilde skall få insatser enligt socialtjänstlagen och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och det är regionen som avgör om den enskilde skall 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.

12. Uppföljning och genomförande av riktlinjerna

Utvärdering av den lokala psykiatrigruppens arbete bör ske årligen genom sammanställning och redovisning av synpunkter från de berörda enheterna.

13. Avvikelsehantering

Rutin för avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete inom SIMBAs verksamheter skall användas vid avvikelser som sker i samverkan mellan vårdgivarna. Syftet med rutinen är att identifiera eventuella brister i den sammanhållna vårdprocessen mellan vård- och omsorgsgivarna inom SIMBA-området samt säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom och mellan de olika organisationerna. Se SIMBAs hemsida med mer information kring avvikelsehantering.

14. Ekonomisk ersättning och tvister

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. Ingen part kan i efterhand kräva den andra på kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår i vårdplanen.

Tvister mellan verksamheterna som inte kan lösas lokalt förs i första hand till SIMBA:s delregionala psykiatrigrupp för beslut. Frågor av principiell betydelse som inte kan lösas delregionalt behandlas enligt den Regionala överenskommelsen. *Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, punkt 3.5.*

[Överenskommelse om samarbete](#)

15. Lokala handlingsplanens giltighetstid

Denna reviderade lokala handlingsplan ersätter den tidigare lokala handlingsplanen och gäller till 1/1 2021 och den reglerar samverkan på kommunnivå.