

Antagen av Landstingsfullmäktige 2013-06-12

Överenskommelse

Personer med psykisk funktionsnedsättning

I

Värmland

Kommunens och hälso – och sjukvårdens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning för barn, ungdomar, vuxna och äldre

Utgångspunkt för samarbete

För människor med psykisk funktionsnedsättning och för att deras behov ska tillgodoses krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget. Personer med psykisk funktionsnedsättning ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden.

Samarbetet har brukaren/patientens behov i centrum.

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att både samverka och lämna god service enligt HSL och SoL.

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 intresse får aldrig åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar.

Utgångspunkt i lagstiftningen

5 kap. 8 a § socialtjänstlagen och 8 a § hälso- och sjukvårdslagen

I respektive lagtext framkommer att kommuner och landsting ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Både landstingen och kommunerna har ansvar för insatser för människor med psykisk funktionsnedsättning. I lagstiftningen har det inte reglerats på detaljnivå hur ansvaret för och framförallt övergången mellan olika insatser ska fördelas. Det är därför av stor vikt att landstingen och kommunerna själva samordnar sina insatser och samverkar kring dessa och att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Överenskommelser behövs även för yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, särskilt i frågor där det kan uppstå oenighet.

Överenskommelsen ska utgöra en grund för det länsövergripande och lokala samarbetet som ska bedrivas mellan huvudmännen och kan också vara en grund för riktade överenskommelser mellan huvudmännen och lokala brukarföreningar.

Med brukarförening avses intresseföreningar för personer med egna erfarenheter av psykisk funktionsnedsättning och/eller deras närstående

Målgrupper

Människor med psykisk funktionsnedsättning som är i behov av vård och stöd från de båda huvudmännen. Överenskommelsen gäller såväl barn och ungdomar som vuxna och äldre.

Parter

Landstinget i Värmland då främst psykiatri, allmänmedicin samt habiliteringen och kommunerna i Värmlands län.

Giltighetstid för överenskommelse

Tre år från det att överenskommelsen godkänts av huvudmännen, ska en uppföljning och revidering göras. Revidering kan också ske vid större förändringar i samråd mellan båda parter. Sammankallande för uppföljning är psykiatrisamordningen, Region Värmland.

Värdegrund

Varje verksamhet ska utföra sitt uppdrag 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.

Den enskilde som är i behov av särskilt stöd har rätt att få sina behov av skydd, stöd, vård, behandling, habilitering och rehabilitering allsidigt utredda och tillgodosedda utan oskäligt dröjsmål. Kommunen och landsting har ett gemensamt ansvar för detta. Den enskildes behov av utredning eller behandling ska fullföljas utan dröjsmål.

Insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning ska planeras i samarbete med den enskilde. Den enskilde och dennes närstående ska alltid ges möjlighet att vara delaktiga och ses som en resurs. De insatser som huvudmännen erbjuder ska alltid syfta till att förbättra den enskildes situation på så sätt att han/hon kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Barnperspektivet ska beaktas i möten med den enskilde.

Det innebär att

- Individens självbestämmande, behov och intressen är utgångspunkten
- Individens resurser och förutsättningar ska vara i fokus
- Medicinska, psykologiska och sociala insatser ska komplettera varandra för att öka individens funktionsnivå.

Inriktningsmål

Målet är att gemensamt utveckla former för stöd till förbättrad social funktion, psykisk och fysisk hälsa. Insatserna ska präglas av en helhetssyn och ges på ett sådant sätt och i den miljö som den enskilde väljer. Insatserna ska leda till ett värdigt liv och för individen upplevt välbefinnande och aktivt deltagande i samhället.

Målet genom huvudmännens gemensamma uppdrag är den enskilde ska garanteras goda vård- och stödinsatser med ett återhämtningsinriktat arbetssätt via gemensamt ansvar för:

- Planering
- Genomförande
- Uppföljning

Syftet

- Skapa ett effektivt resursutnyttjande genom samverkan och samplanering så att länsinnevånarna garanteras insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst av bästa möjliga kvalitet inom ramen för givna resurser
- Skapa förutsättningar för tidiga och förebyggande insatser
- Skapa förutsättningar för effektivare rehabilitering/habilitering
- Skapa samordningsvinster för den enskilde
- Skapa förutsägbarhet för brukare/patient och medarbetare

- Skapa tydliga former för vård och stödsamordning samt ~~gemensam~~ samordnad individuell planering
- Ge goda förutsättningar för brukarinflytande
- Öka delaktighet och inflytande över vård och stödinsatser för patienter och deras anhöriga/närstående

Aktörer

- Psykiatri
- Socialtjänst
- Skola
- Allmänmedicin
- Rehabilitering för barn, ungdomar och vuxna
- Anhöriga/Närstående
- Brukare/ Brukarföreningar
- Region Värmland

Kommunens och landstingets ansvar

Kommunens ansvar

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som den behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Kommunens ansvar:

- Att erbjuda skola och utbildning i enlighet med lagar och andra styrdokument
- Att erbjuda skol- och elevhälsovård.
- Att utreda och tillhandahålla den enskildes behov av insatser enligt SoL ,LSS, LVU och LVM
- Att ge förutsättningar för sysselsättning, arbetsträning eller arbete
- Uppsökande verksamhet
- Att tillhandahålla sjukvårdsinsatser enligt hemsjukvårdsavtalet
- Förebyggande och tidiga insatser
- Aktivt deltagande i samhällsplaneringen

Landstingets ansvar

Landstinget i Värmland ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen i länet.

Enligt Hälso och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan allmänmedicin, psykiatri och socialtjänsten. Det ska finnas

en tydlig rollfördelning inom hälso- och sjukvården som tydliggör allmänmedicins roll i förhållande till psykiatrin när det gäller gruppen av patienter med psykiska funktionshinder.

Landstingets ansvar:

- Psykiatrisk utredning, behandling och diagnostisering
- Psykiatrisk rehabilitering som syftar till att förbereda för och stödja ett självständigt liv
- Hälso och sjukvård i enlighet med HSL
- Tvångsvård i enlighet med LPT slutet eller öppenvård
- Tvångsvård i enlighet med LRV slutet eller öppenvård
- Råd och stöd i enlighet med LSS
- Förebyggande och tidiga insatser

Hjälpmedel

I Värmland finns en Hjälpmedelsnämnd där kommuner och landsting samverkar.

Förskrivning av hjälpmedel sker utifrån policy och riktlinjer beslutade av nämnden se www.liv.se/hjalpmedelsservice.

Sekretess

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

Samverkansskyldighet – informationskyldighet

I både SoL och HSL finns bestämmelser som gör att båda huvudmännen har en skyldighet att samverka. När den enskilde har behov av insatser från både landsting och kommun har de bägge huvudmännen en gemensam lagstadgad skyldighet att samordna/planera sina insatser. Båda huvudmännen är enligt den här 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.

Innehåll i överenskommelsen mellan kommunerna och landstinget

Nedanstående är viktiga områden när det gäller insatser för människor med *psykisk funktionsnedsättning* och det är därför viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Det är också viktigt att inom respektive huvudman tydliggöra ansvar och roller.

Övergripande organisation

Beredningsgruppen genom psykiatrisamordning Värmland (Region Värmland) har ansvar för att följa upp överenskommelsen/handlingsplanerna och ta initiativ i de situationer då överenskommelsen och handlingsplaner inte följs.

Beredningsgruppen har ansvar för revidering av överenskommelsen.

Beredningsgruppen genom psykiatrisamordning Värmland tar initiativ till att samverkansgrupper bildas för att utarbeta handlingsplaner som beskrivs nedan.

Beredningsgruppen fastställer handlingsplanerna.

Handlingsplaner¹

Med handlingsplan avses en överenskommelse mellan de parter som berörs och som är ett förtydligande av den övergripande överenskommelsen. Handlingsplan är en generell överenskommelse utifrån aktuell målgrupp. En handlingsplan kan täcka in flera av nedanstående områden/målgrupper. Syftet med handlingsplanerna är att de ska vara en tydlig vägledning för de aktörer som berörs av överenskommelsen. Parterna är överens om att utifrån överenskommelsens mål och intentioner ska huvudmännen komma överens inom följande områden:

- Barn och ungdomar (0-17 år)
- Unga vuxna (18-25 år)
- Vuxna (26-64 år)
- Äldre (65 år -)
- Personer som har en psykisk funktionsnedsättning/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och samtidigt missbrukar droger²
- Personer som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård och lagen om psykiatrisk tvångsvård
- Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Gemensamt ansvar för vård, behandling och resultat vid placering utanför det egna hemmet
- Former för samordnad individuell planering
- Former för vård och stödsamordning

Handlingsplanerna ska innehålla följande rubriker/konkreta målsättningar och inkludera

1. Definition av målgrupp/er eller det område som handlingsplanen avser
2. Ansvarsfördelning när det gäller aktuell målgrupp/område
3. Insatser/behandlingsformer/arbetsformer för den enskilda huvudmannen eller i samverkan
4. Förtydligande av ansvar Basnivå- specialistnivå
5. Övergripande samverkansformer (om de inte täcks av ovan nämnda rubrik)
6. Former för samverkan kring enskilda individer
7. Gemensamma informations- och utbildningsinsatser/former för kompetensöverföring
8. Sysselsättning/arbete/skola
9. Förebyggande och tidiga insatser
10. Former för samverkan med den anhöriga/närstående
11. Former för brukares/patienters delaktighet
12. Uppföljning och utvärdering
13. Beslut om eventuell gemensam finansiering

I de överenskommelser/handlingsplaner som rör formerna för gemensam individuell planering samt former för vård och stödsamordning behöver inte punkterna 8 och 9 ingå.

Handlingsplanerna ska utarbetas i samverkansgrupper med representanter från berörda verksamheter inom kommunerna och landstinget samt med företrädare för berörda brukarorganisationer och handikappförbunden Värmland.

¹ Ska vara färdiga senast 9 månader efter det att överenskommelsen undertecknades

² Samordning med överenskommelsen mellan Landstinget och Värmlands läns vårdförbund ”Missbruks och beroendevården i Värmland 2010.

Kompetensutveckling

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 som finns för samarbetspartens uppdrag. Respektive chefer ansvarar för att samverkan etableras och fungerar.

Gemensam utbildning ska genomföras årligen. Utbildningen sker områdesvis men med ett gemensamt innehåll för hela länet. Ansvar för planering av innehåll i utbildningen sker gemensamt och Region Värmland svarar för att planeringen kommer till stånd.

Implementering av överenskommelsen

Varje huvudman har ansvar för implementering av överenskommelsen i samband med att den antas av respektive huvudman.

Tvister

Eventuella tvister gällande tolkning av denna överenskommelse, ska lösas mellan respektive huvudmän. Vid behov av vägledning kan ärendet föras till beredningsgruppen för psykiatrirådgivning, Region Värmland. Dokumentation av sådan vägledning bör göras så att denna kan utgöra underlag vid framtida revidering av överenskommelsen.

Bilaga 1

Samordnade Individuella planer

Båda huvudmännen har ett likalydande ansvar i SoL respektive HSL för att upprätta en individuell plan och att samordna insatserna för den enskilde. Den som har den första kontakten med en person som har en psykisk funktionsnedsättning ska omedelbart inleda planeringen av vad som behöver göras och vid behov ta kontakt med andra berörda aktörer som har ansvar för insatser som är nödvändiga för den enskilde.

Alla som får vård och behandling/insatser från båda huvudmännen ska ha en gemensam genomförandeplan. Den ska vara skriftlig och den ska beskriva det gemensamma uppdraget. Planen upprättas med utgångspunkt från den enskildes behov av insatser och i samråd med denne och berörda huvudmän. Kan också vara andra än socialtjänsten och landstinget. Ex v företagshälsovården och privata aktörer.

Den 1 januari 2010 infördes en skyldighet för kommuner och landsting att upprätta individuella planer för alla personer som behöver det för att kunna få alla sina behov tillgodosedda genom insatser från båda huvudmännen. Reglerna syftar till att säkerställa att samverkan mellan huvudmännen fungerar. Missbruksvården är ett exempel på en verksamhet inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården. Kommuner och landsting ska också träffa överenskommelser om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Samtidigt införs en regel om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att beakta vissa barns behov av information, råd och stöd.

Ny lagregel om gemensam planering

2 kap 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget 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.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

Förutsättningar för individuell plan

När en enskild behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Till en sådan plan krävs den enskildes samtycke.

Arbetet ska om möjligt göras tillsammans med den enskilde och även med närstående om inte den enskilde motsätter sig det. I händelse att den enskilde motsätter sig medverkan från närstående bör ett motiveringsarbete genomföras.

När ska arbetet med en individuell plan påbörjas?

Arbetet med planen ska påbörjas skyndsamt, så snart ett behov av en plan har upptäckts. I normalfallet innebär det att den första kontakten mellan landsting och kommun tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.

Behovsbedömning

En individuell plan ska bara upprättas när det finns ett behov av att samordna insatser. Det är de två huvudmännen som ska avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör vara undantagsfall.

För att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste alltså en behovsbedömning göras. Uppgifterna i en epikris eller en utredning av biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas.

En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser.

När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses.

Innehållet i planen

Genomförandeplanen ska innehålla:

1. En beskrivning av den enskildes behov utifrån ett helhetsperspektiv
2. Mål och delmål för de olika aktörerna
3. Vilken vårdgivare som ansvarar för de olika insatserna och vem som har samordningsansvaret

4. Den planerade hälso- och sjukvården samt socialtjänstens planering gällande boende, sysselsättning och psykosocialt stöd och vid behov samverkan med andra huvudmän
 5. Beskrivning av hur ev barn till den enskilde berörs av insatserna
 6. Vem som är ansvarig för att planen följs upp och när detta ska ske
 7. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga.
8. Hur närstående ska involveras i planeringen och planerade insatser.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde så att han eller hon ges möjlighet att delta aktivt. Det är hans eller hennes behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Planeringssituationen måste så långt som möjligt anpassas efter den enskildes förmåga att delta.

Bilaga 2

Samverkan kring den enskilde och dennes närstående sker i huvudsak enligt nedanstående modell. Vid behov kan komplettering ske med lokala samverkansrutiner.

1. Om en handläggare /behandlare/pedagog inom någon av de berörda verksamheterna tillsammans med den enskilde upplever att man har behov av ytterligare resurser som finns utanför den egna organisationen tas kontakt med aktuell verksamhet
2. Handläggaren/behandlaren/pedagogen och den enskilde träffas, för att tillsammans kartlägga de resurser som redan finns och försöker komma fram till vad man tror behövs ytterligare. Tillsammans kan man komma fram till om man behöver kalla till ett planeringsmöte och vilka som i så fall bör bjudas in
3. Ett planeringsmöte initieras av handläggaren/behandlaren/pedagogen eller av ansvarig chef. Det lagstadgade ansvaret medför att de professionella aktörerna ska prioritera inbjudan till ett sådant möte.
4. Någon i den inbjudande verksamheten leder mötet som hålls så snart det är möjligt eller senast inom 3 veckor. Syftet med mötet är att få en gemensam helhetsbild, klargöra den enskildes resurser och behov, koppla resurser ur det professionella nätverket till behoven, upprätta en gemensam individuell plan där ansvarsområden är tydliggjorda samt hur uppföljning ska gå till.
5. a/Man kommer antingen fram till att den aktualiserande verksamheten ensam kan fortsätta sitt arbete med den enskilde ev med stöd från övriga medverkande genom nätverksmöten/ och/eller konsultationer eller
b/ Man kommer fram till att den enskildes behov föranleder vidare utredning och eller insats hos någon eller flera av de professionella aktörerna. Gemenensam individuell plan upprättas. Om någon av aktörerna ensidigt, bedömer vidare utredning och eller insats som obehövlig ska detta formellt beslutas och motiveras skriftligen
6. Efter utredningen beslutar huvudmännen om den enskilde är i behov av insatser eller åtgärder. Respektive huvudman ansvarar för bedömning av den enskildes behov utifrån sitt kompetensområde.
7. Om den enskilde bedöms vara i behov av insatser från flera verksamheter ska det tydligt framgå vilken verksamhet som ansvarar för vilka av de planerade vård- och behandlingsinsatserna, de kostnader de medför samt resultatuppföljning
8. Den gemensamma individuella planen upprättas tillsammans med den enskilde. Planen ska vara konkret avseende de insatser som respektive verksamhet ska ansvara för. Där ska tydligt framgå vem som gör vad, omfattning på insatsen samt var stödet/behandlingen ska ges.

9. Respektive huvudman svarar för insatser och därmed förenade kostnader i enlighet med sitt ansvar.

Bilaga 3

Gemensamma begrepp³

<p>individuell plan enligt HSL och SoL</p>	<p>vård- och omsorgsplan som efter samordnad planering ska tas fram när den enskilde har behov av insatser/åtgärder från både hälso- och sjukvård och socialtjänst</p>	<p>Den individuella planen enligt HSL och SoL utformas tillsammans med den enskilde och tas i regel fram med dennas samtycke. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.</p> <p>Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg dokumenteras.</p> <p>Se 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (SoL) och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).</p>
<p>samordnad vårdplan enligt LPT och LRV</p>	<p>vård- och omsorgsplan som beskriver planerade insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst för den enskilde och som efter samordnad planering upprättas inför ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård</p>	<p>En chefsöverläkare är ansvarig för att den samordnade vårdplanen enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) tas fram, justeras och följs upp. Den samordnade vårdplanen är upprättad efter att ha justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.</p> <p>Den samordnade vårdplanen enligt LPT och LRV ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen och/eller landstinget som svarar för planerade insatser/åtgärder. Det ska framgå av den samordnade vårdplanen när insatser från socialtjänsten inte behövs.</p> <p>Den samordnade vårdplanen enligt LPT och LRV ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.</p> <p>Se bl.a. 7 och 7 a §§ LPT, 12 a § LRV och SOSFS 2008:18.</p>

³ Socialstyrelsens definition

<p>samordnad vårdplan vid utskrivning</p>	<p>vård- och omsorgsplan som vid utskrivning från slutenvård upprättas för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad planering</p>	<p>Den behandlande läkaren är ansvarig för att den samordnade vårdplanen vid utskrivning tas fram och justeras. Den är upprättad efter att ha justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.</p> <p>Den samordnade vårdplan vid utskrivning ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.</p> <p>Se bl.a. SOSFS 2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård och lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, betalningsansvarslagen (BAL).</p>
<p>individuell plan enligt LSS</p>	<p>vård- och omsorgsplan för beslutade och planerade insatser/åtgärder som upprättas på begäran av och tas fram i samråd med den enskilde som har beviljad insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade</p>	<p>Den individuella planen enligt LSS ska förlöpande och minst en gång om året omprövas. Den kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även insatser/åtgärder som vidtas av andra aktörer utanför vård- och omsorgsområdet ska beskrivas.</p> <p>I den individuella planen enligt LSS ska det finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov eller önskemål.</p> <p>Se även 10 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).</p>

vårdplan	(inom socialtjänsten:) vård- och omsorgsplan som beskriver planerade insatser/åtgärder för den enskilde inom socialtjänstens område	<p>Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och tas i regel fram med dennas samtycke. Den ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.</p> <p>Inom socialtjänsten kan vårdplanen beskriva såväl frivilliga insatser som insatser som ges utan samtycke inom socialtjänstens öppenvård respektive heldygnsvård.</p> <p>Vårdplanen tas fram före beslut och ska vara dokumenterad i personakten.</p> <p>Vårdplanen kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.</p> <p>Insatserna som beskrivs i vårdplanen kan konkretiseras i en eller flera genomförandeplaner.</p> <p>Se 11 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) samt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).</p>
----------	---	---