

Samverkan för barns och ungas hälsa - överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen

Innehållsförteckning

1 Utgångspunkter	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och mål	3
1.3 Parter	4
1.4 Målgrupp	4
1.5 Omfattning och avgränsning.....	4
1.6 Giltighetstid	5
2 Ansvar för samverkan	5
2.1 Huvudmännens ansvar	5
2.2 Struktur för samverkan.....	5
3 Samverkan för att säkerställa hälso- och sjukvård för barn och unga placerade utanför det egna hemmet	8
3.3 Inför placering	9
3.4 I samband med placering.....	10
3.5 I samband med avslut av placering	12
4 Genomförande	13
4.1 Tillämpning och implementering.....	13
4.2 Avvikelse och kvalitetsutveckling	13
4.3 Tvister	13
4.4 Uppföljning.....	13
5 Gemensamma utvecklingsområden	14

1 Utgångspunkter

1.1 Bakgrund

Rätten till bästa möjliga hälsa är en av de grundläggande rättigheterna för barn enligt FN:s barnkonvention. Många barn och unga med sammansatta och/eller komplexa behov får inte sina behov av stöd, vård och behandling tillgodosedda fullt ut. De faller inte sällan mellan stolarna, då många verksamheter är involverade och har olika ansvar. Detta gäller särskilt barn som är placerade i samhällets vård, så som familjehem, HVB (hem för vård och boende) m.fl. Ofta har dessa barn inte heller tagit del av samhällets generella och förebyggande hälsovård och har, som grupp, sämre fysisk och psykisk hälsa än barn i allmänhet.

2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag. Det innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. En inkorporering av barnkonventionen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter. Det är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

Västbus riktlinjer för barn och unga med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik antogs i Västra Götaland 2005. Riktlinjerna reglerar samarbete mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen. Västbus reviderades 2012. Sedan dess har nya regelverk tillkommit i form av lagstiftning, Socialstyrelsens och Skolverkets anvisningar samt regionala avtal och överenskommelser. Detta medför att det inte längre finns behov av separat reglering genom Västbus riktlinjer.

I [Socialtjänstlagen](#), SoL, och [Hälso- och sjukvårdslagen](#), HSL, finns en generell skyldighet att samverka kring barn och unga på individnivå när behov finns av insatser från både kommun och region.

Alla barn har rätt att få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Både Västra Götalandsregionens (VGR) hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst har här ett långtgående ansvar. Barn och unga som är placerade i samhällsvård har ofta särskilt stora behov av hälso- och sjukvård. Därför infördes nya bestämmelser 2017, i både SoL och HSL, om att kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om samarbetet kring barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

En ny lag, [Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet](#), anger att regionen på initiativ av socialnämnden ska erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till en placering av barn och unga. Detta ska göras utöver bestämmelserna i HSL och Tandvårdslagen. I SoL anges en motsvarande skyldighet för socialnämnden att underrätta landstinget om placeringen, om det inte är uppenbart onödigt. Vidare ska överenskommelse ingås mellan landsting och kommuner om samarbetet gällande hälsoundersökningarna.

1.2 Syfte och mål

Överenskommelsen ska främja och tydliggöra struktur och ansvar för samverkan, samarbete och samordning mellan berörda verksamheter.

Behov av stöd, vård och behandling för barn och unga ska fångas upp och tillgodoses. Tidiga, samordnade, och vid behov, integrerade insatser ska motverka svåra och komplexa problem senare i livet. Inga barn eller ungdomar ska falla mellan stolarna.

Barnet, den unge, och i förekommande fall, vårdnadshavare, ska i möjligaste mån ges tillfälle att påverka stöd- och vårdinsatserna.

Barn och unga som är placerade i samhällsvård har samma rätt till tandvård och hälso- och sjukvård samt kontinuerlig skolgång som alla andra barn. Detsamma gäller för stöd i den dagliga livsföringen och skolarbetet samt miljöanpassningar i hem och skola.

1.3 Parter

Västra Götalandsregionen (VGR) och samtliga 49 kommuner i Västra Götalands län.

1.4 Målgrupp

Alla barn och unga t.o.m. 20 år som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Avsnitt 3 behandlar särskilt barn och unga som placerats i samhällsvård; i familjehem, på HVB (hem för vård och boende), SiS (Statens institutionsstyrelse) särskilda ungdomshem, jourboenden och stödboenden, med stöd av [SoL](#), [LVU](#) (Lag med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga) eller [LVM](#) (Lag om vård av missbrukare i vissa fall).

Asylsökande och papperslösa omfattas av överenskommelsen i den mån de har rätt till insatserna enligt lag och anvisningar för målgruppen.

1.5 Omfattning och avgränsning

Överenskommelsen förtydligar verksamheternas ansvar för samverkan samt anger struktur och form för samarbete kring barn och unga med behov av insatser från både kommun och region, i den mån det inte regleras i andra avtal och överenskommelser. Placeringar utanför hemmet behandlas särskilt. Överenskommelsen omfattar då reglering av samverkan, av lagstadgade läkarundersökningar, hälsoundersökningar och undersökningar av tandhälsa i samband med placering i samhällsvård.

Överenskommelsen reglerar i första hand respektive huvudmans åtaganden (kommun-region) och inte intern organisering och ansvarsfördelning.

De privata utförare som har avtal med regionen eller en kommun omfattas av denna överenskommelse.

Denna överenskommelse reglerar, tillsammans med länsgemensamma riktlinjer för samordnad individuella plan (SIP), Västbus tidigare riktlinjer. Den tydliggör förskola/skolans roll i samverkan samt fullgör, i Västra Götaland, lagstiftningens krav på överenskommelser om samverkan kring placerade barn respektive hälsoundersökningar (se avsnitt 1.1 Bakgrund).

I Västra Götaland utgör [Hälso- och sjukvårdsavtalet](#) grunden för samverkan och ansvarsfördelning mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Till Hälso- och sjukvårdsavtalet är underavtal och överenskommelser kopplade, varav nedanstående är särskilt relevanta för denna överenskommelse.

[Överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer](#)

[med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar](#) är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet och reglerar ansvar och samverkan för omnämnda målgrupper. I överenskommelsens avsnitt 3.4 och 3.5 finns särskilt angivet vad som gäller för barn och unga samt placeringar utanför det egna hemmet. Det finns också en överenskommelse för [Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#) som omfattar regler och rutiner för in- och utskrivning vid somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. Riktlinje för [Samordnad individuell plan, SIP](#) omfattar vägledning, stödmaterial och regler för hur samordnad individuell planering ska genomföras.

1.6 Giltighetstid

2021-01-01 – 2023-12-31.

En uppföljning ska genomföras efter ett år. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen senast 9 månader innan giltighetstiden går ut, förlängs överenskommelsen med ytterligare två år.

Om förutsättningarna väsentligen förändras under avtalstiden i form av nya lagar eller andra regelverk, får parterna i samförstånd vidta erforderliga justeringar av överenskommelsen.

2 Ansvar för samverkan

2.1 Huvudmännens ansvar

Respektive huvudmans ansvar bestäms av gällande lagstiftning. Preciseringar och förtydliganden har gjorts i avtal och överenskommelser på länsnivå, vilka reglerar ansvarsfördelning mellan VGR:s hälso- och sjukvård och de 49 kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detaljer i dessa avtal och överenskommelser upprepas inte i denna överenskommelse.

Denna överenskommelse anger skolan/förskolan som en likställd samverkanspart i alla sammanhang. Orsaken är att ett barns eller ungdoms förskoletid/skolgång och hälsa påverkar varandra ömsesidigt. En fungerande och fullföljd skolgång ger förutsättningar för god hälsa hos barn och unga samt förebygger problem senare i livet. Förskolan och skolan är viktiga framgångsfaktorer när det gäller psykisk, fysisk och social hälsa hos barn och ungdomar.

Barn och unga i samhällets vård tillhör de mest utsatta. Därför har Socialstyrelsen och Skolverket tillsammans utarbetat en [vägledning om placerade barns skolgång och hälsa](#) i syfte att ge ett praktiskt kunskapsstöd till socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård. Samma myndigheter har tillsammans med Specialpedagogiska skolmyndigheten tagit fram en modell, [SAMS](#), för hur skola och socialtjänst kan samverka med syfte att kunna ge placerade barn och unga kontinuitet i skolgången och en bättre skolförankring.

En kommun eller region får enligt lag inte överskrida sina befogenheter och utföra uppgifter som ligger utanför sitt kompetensområde. Det är därför viktigt att personalen har god kunskap om sitt eget och sina samverkanspartners ansvarsområden.

2.2 Struktur för samverkan

Barnets/den unges ansvariga kontakter inom förskola/skola, socialtjänst och regionen ska samarbeta kring insatser inom sina respektive uppdrag i syfte att säkerställa att barn och unga i behov av samordnade insatser får tillgång till tvärprofessionell hjälp. Samverkan ska ske på alla nivåer, från förebyggande och hälsofrämjande arbete till specialistvård. Skyldigheten att samarbeta omfattar alla berörda verksamheter som möter barn och unga.

2.2.1 Strukturell samverkan - Ledningsstruktur för styrning av samverkan

Praktisk samverkan för barns och ungas hälsa kräver styrning på regional, delregional och lokal nivå. Det är viktigt att chefer och verksamhetsföreträdare träffas för att säkerställa ett gott samarbetsklimat och samsyn. Samverkan mellan huvudmännen ska präglas av öppenhet, relevant ömsesidig information och ett lösningsfokuserat synsätt. I styrningen ingår att följa upp och efterfråga resultat av följsamheten till aktuella regelverk samt avvikelser och tvister.

Samverkan förutsätter god kännedom om både den egna och samverkansparternas uppdrag och ska kännetecknas av respekt för varandra. Ett medel för att uppnå detta är gemensam kompetensutveckling över huvudmannagränserna.

Styrningen av samverkan enligt denna överenskommelse följer den fastställda ledningsstrukturen för samverkan inom vård och omsorg i länet. På regional nivå finns Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG). På delregional nivå finns sex vårdsamverkansområden med var sin ledningsgrupp. På motsvarande sätt finns lokala ledningsgrupper i varje kommun. I de olika ledningsgrupperna sitter företrädare för kommunerna, primärvården och sjukhusen. På delregional och lokal nivå ska ledningsgruppen, eller en särskild temagrupp, ha ett uttalat ansvar för att driva samverkan kring barn och unga. Uppdraget är att främja kunskap och kompetens hos berörda verksamheters personal och ska vid behov genomföra gemensam, verksamhetsöverskridande, kompetensutveckling. Både den delregionala och lokala nivån har ett ansvar för att tillskapa rutiner för samverkan kring barn och unga, i de fall det behövs.

2.2.2 Samverkan kring den enskilde - Samordnad individuell planering, SIP

I både SoL och HSL finns regler om att enskilda som har behov av insatser från både kommun och region har rätt att bli erbjuden en samordnad individuell plan, SIP. SIP ska erbjudas om kommunen eller regionen bedömer att insatser kring barnet/den unge behöver samordnas för att hen ska få sina behov tillgodosedda, eller då barnets/ungdomens eller dess närstående begär det. Vårdnadshavare eller barnet/den unge ska ge samtycke (se vidare avsnitt 2.2.4) och vara delaktiga i upprättandet av SIP. I Västra Götaland finns gemensamma riktlinjer för regionen och kommunerna om hur [SIP](#) ska upprättas.

Parterna ska i samverkan säkerställa att barn och unga ges möjlighet att vara delaktiga i planering och beslut och att de får utöva sin rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör hen. Barnet/den unga/vårdnadshavares delaktighet och inflytande är centrala i allt arbete med SIP. Det är den barnets/unges behov och önskemål som utgör utgångspunkt för planeringen. För minderåriga kan det krävas samtycke av vårdnadshavare.

SIP är det verktyg som anger vilka hälso-, vård- och omsorgsinsatser som ska genomföras och vilken huvudman och verksamhet som har ansvar för respektive insats.

- I Västra Götaland ingår skolan (samtliga förskole- och skolformer) i SIP-processen på samma villkor som socialtjänsten och verksamheter inom VGR, när det gäller barn och unga.
- Skolan (samtliga förskole- och skolformer, elevhälsan), socialtjänst och hälso- och sjukvård är i Västra Götaland jämbördiga parter när det gäller att upptäcka behov av SIP
- Åtagandet innebär samma skyldighet att vid behov initiera och kalla till SIP-möte samt skyldighet att medverka i SIP-möten och uppföljningsmöten.
- Skyldigheten att medverka i SIP gäller huvudmännen - inte en enskild verksamhet. Om en verksamhet fått en kallelse och bedömer att man inte är rätt instans så åligger det

verksamheten att inom huvudmannen, eller eventuell privat utförare, hitta rätt instans/verksamhet. Den kallade verksamheten kontaktar då den sammankallande parten för att klargöra behovet, för att avgöra vem/vilken instans/verksamhet inom huvudmannen som ska ha kallelsen och meddelar därefter vem/vilken instans/verksamhet som är lämplig deltagare på mötet.

- I de fall barnet/den unge inte är känd hos huvudmannen avgör huvudmannen vem/vilka som ska delta på SIP-mötet. Om den som mottagit kallelsen till SIP-möte inte hittar någon annan som ska delta åligger det mottagaren av kallelsen att delta på mötet. *Om barnet/den unge/familjen inte har någon pågående vårdkontakt inom regional hälso-och sjukvård är det primärvården som kallas till mötet.*
- Utgångspunkten är att barnet/vårdnadshavare/den unge är delaktig i hela processen. Att hen deltar i planeringen och har inflytande över insatserna utifrån sina upplevda behov
- Det finns inget som hindrar att andra berörda aktörer är med på SIP-mötet, även om de inte omnämns i lagstiftningen. Det kan gälla andra närstående, föreningar, familjehem, HVB-hem och SIS-hem som är involverade och den enskilde önskar ha med.
- SIP-möte ska hållas inom 3 veckor efter det att behovet av samordning uppmärksammas och en *kontakt* bör tas med involverade verksamheter så att dessa ges möjlighet att prioritera närvaro.
- Vid förändringar och övergångar mellan verksamheter, som tex byte av skola eller vårdgivare, ska tidigare SIP följas upp eller en nytt SIP-möte upprättas.

Av SIP ska framgå

- Vilka behov den barnet/den unge har
- Vilka insatser som ska genomföras
- De inblandade huvudmännens ansvar för respektive insats, angivet på verksamhetsnivå
- Vilka insatser som ev, ska utföras av tredje part, närstående eller den enskilde själv
- Vem som har huvudansvar för planen
- När planen ska följas upp

Planeringen ska dokumenteras skriftligt.

Deltagande i SIP ersätter inte skyldigheten att göra orosanmälan (se avsnitt 2.2.3).

2.2.3 Anmälningsplikt

Enligt SoL är alla myndigheter och yrkesverksamma vars verksamhet berör *barn och unga* skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälningsplikten omfattar även annan personal (än de som direkt arbetar med barn) inom statliga myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet och socialtjänsten, vuxenutbildning samt statliga myndigheter. Anmälningsplikten gäller också enskild verksamhet som rör barn och unga samt all annan verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialtjänsten bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Socialnämnden får också informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska ges på begäran, om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt.

Enligt LVM är en läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en *missbrukare* som kan antas vara i behov av vård för sitt missbruk eller dess medicinska konsekvenser eller har behov av

omedelbart omhändertagande, skyldig att anmäla det till socialtjänsten. Anmälningsplikten gäller för läkare i både offentlig och privat regi under förutsättning att missbrukaren inte kan beredas vård genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Läkaren har med andra ord anmälningsplikt om patienten inte vill vårdas för sitt missbruk eller för allvarliga komplikationer av missbruket eller om det uppstår allvarlig fara för patientens hälsa om vård inte kan genomföras.

2.2.4 Sekretess och samtycke

Generellt råder sekretess mellan myndigheter. Det betyder att samtycke måste inhämtas från vårdnadshavare och/eller barnet/den unge själv och olika verksamheter behöver samverka kring barnet/ungdomen, t.ex. vid informationsöverföring och upprättande av en [Samordnad individuell plan, SIP](#). Om barnet har två vårdnadshavare ska båda samtycka.

Barn under 18 år ska informeras och ges möjlighet att lämna sina synpunkter på informationsöverföring och samverkan mellan myndigheter. Barnets inställning ska beaktas och tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad. När det gäller barn under 18 år är huvudregel att vårdnadshavaren som, i egenskap av den unges ställföreträdare i personliga angelägenheter, utövar barnets befogenheter t.ex. när det gäller att hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser.

Vårdnadshavaren ska enligt [Föräldrabalken](#) i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets egna synpunkter och önskemål. Det innebär att vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet tunnans ut ju äldre barnet blir och ju mognare det därmed blir för att successivt flyttas över från vårdnadshavaren till barnet själv. När ett barn har uppnått en viss mognad och utveckling kan alltså vårdnadshavarna inte alltid längre göra gällande att de har rätt att få veta vad barnet har berättat för exempelvis en läkare eller en socialsekreterare.

Samtycket bör ske skriftligt (samtyckesblankett finns i [SiP-riktlinjen](#)), men kan även vara muntligt. Samtycket ska dokumenteras i journal/akt. Samtycke får bara avse särskilt angivna situationer och kan därför behöva inhämtas vid upprepade tillfällen före och under en placering. Samtycket kan när som helst återkallas av den enskilde.

Samtycke krävs inte vid barnavårdsutredningar eller utredning om tvångsvård och motsvarande har hälso- och sjukvården uppgiftsskyldighet i dessa fall. Det finns alltså inga sekretesshinder så länge uppgifterna lämnas inom ramen för en utredning enligt 11 kap. 2 § SoL.

3 Samverkan för att säkerställa hälso- och sjukvård för barn och unga placerade utanför det egna hemmet

Detta avsnitt ska säkerställa att barn och unga som är placerade utanför hemmet får tillgång till adekvat hälso- och sjukvård, såväl somatisk som psykiatrisk, och tandvård samt att hälsoundersökningar, läkarundersökningar och tandhälsoundersökningar genomförs systematiskt vid placeringar i samhällets vård. Dessa riktlinjer berör i första hand regionen och kommunernas socialtjänst samtidigt bör skolan involveras och framförallt informeras, så att skolgången för barnet/den unge blir så bra som möjligt.

3.1 Samordningsansvar

Socialtjänsten i barnets/den unges hemkommun har huvudansvaret för samordning och planering av vården och för att tillse att insatser från olika aktörer genomförs enligt planeringen. Samordningen genomförs och dokumenteras i en [Samordnad individuell plan, SIP](#), se avsnitt 2.2.2. Socialtjänstens ansvar för placerade barn och unga är tydligt och SoL anger att socialtjänsten ska verka för att barn

får den hälso- och sjukvård som de behöver. Den vårdplan respektive genomförandeplan, som socialtjänsten ska upprätta enligt SoL vid en placering av barn och unga, ska omfatta insatser och åtgärder som andra huvudmän ansvarar för där ibland hälso- och sjukvårdens planerade insatser.

I samband med utredning eller före planerad placering ska SIP-möte ske. Vid akut placering ska SIP upprättas så snart som möjligt efter placeringen. Socialtjänsten är normalt sammankallande till SIP-möte i anslutning till placeringar av barn och unga. Vid [utskrivning från slutenvård](#) är det dock primärvården, alternativt specialiserad öppenvård, som ansvarar för att kalla till SIP-möte.

SIP är det verktyg som anger vilka insatser som ska ske före och under en placering och vilken verksamhet som har ansvaret för respektive insats. I anslutning till en placering ska i tillämpliga fall en överenskommelse göras om kostnadsfördelning enligt [Överenskommelsen om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar](#).

Uppföljning av SIP ska ske med jämna mellanrum och allra senast vid förändringar som byte eller avslut av placeringen.

3.2 Kommunikation mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Socialtjänsten behöver vid upprepade tillfällen kontakta hälso- och sjukvården i samband med placeringar av barn och unga i. Det gäller under utredningen, vid konsultationer, inför läkarundersökning i samband med LVU- och LVM ansökningar, hälsoundersökningar, SIP-möten, uppföljning av planerad vård och avslut av placeringen. Hälso- och sjukvården kan behöva kontakta socialtjänsten under pågående vård t.ex. i samband med förändrade behov hos barnet/den unge eller att vården inte fullföljs från patientens sida. Därför behöver kontaktvägarna mellan verksamheterna vara smidiga.

Socialtjänsten ska inför och under placeringen till aktuella vårdgivare lämna, och ajourhålla, kontaktuppgifter om ansvarig tjänsteman inom socialtjänsten. Motsvarande ska hälso- och sjukvården fortlöpande meddela socialtjänsten om förändringar av vården och aktuella kontaktuppgifter till aktuella vårdgivare.

3.3 Inför placering

3.3.1 Socialtjänstens utredning

Socialnämnden i barnets/den unges hemkommun är den myndighet som utreder och fattar beslut om placering utanför barnets/ungdomens egna hem. Socialtjänsten ska utan dröjsmål inleda utredning efter att den genom ansökan, anmälan eller på annat vis fått uppgifter som kan föranleda någon åtgärd. Beslut om att inleda eller inte inleda utredning ska ske inom 2 veckor efter att en anmälan kommit in. Utredningen ska i normalfallet vara klar senast fyra månader efter att den inletts. Lagens tidsramar innebär att hälso- och sjukvården måste agera skyndsamt vid socialtjänstens konsultationer.

För att utreda barnets/ungdomens behov av hjälp, stöd och behandling använder socialtjänsten sig av oftast av Socialstyrelsens heltäckande utredningsmodell [Barns behov i centrum, BBIC](#). BBIC syftar till att stärka barnperspektivet och delaktigheten för barn och unga. Materialet utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande och uppföljning.

Socialtjänsten ska eftersträva att placeringar planeras i samråd med barnet, ungdomen och vårdnadshavare, men när frivilliga insatser inte är möjliga enligt SoL, kan socialtjänsten, om behövt, ansöka om tvångsvård enligt LVU eller LVM hos förvaltningsrätten.

3.3.2 Konsultation

I samband med utredning har socialtjänsten ofta behov av att hämta in uppgifter från andra myndigheter som t.ex. hälso- och sjukvården. Samtycke från vårdnadshavare eller ungdomen själv ska eftersträvas, men socialtjänsten har befogenheter att ta nödvändiga kontakter även utan samtycke om det finns oro för barnets situation (se avsnittet 2.2.4).

➤ Rutin för konsultation och utlåtande

BBIC:s stödmaterial används för socialtjänstens konsultation respektive hälso- och sjukvårdens skriftliga utlåtanden.

Konsultationsstödet består av frågor som är tänkta att ställas muntligt av den utredande handläggaren till den personal som har kontakt med barnet:

- [Konsultation BVC, elevhälsa](#)
- [Konsultation tandvården](#)
- [Konsultation pågående vårdkontakter](#)

Om skriftligt utlåtande behövs finns mallar för hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens utlåtande till socialtjänsten. Dessa mallar kan också användas som dokumentation av hälso- respektive tandhälsoundersökningar. Om det redan finns ett skriftligt underlag hos sjukvårds- /tandvårdsenheten, som motsvarar utlåtandet kan det användas i stället.

- [Utlåtande från hälso- och sjukvården](#)
- [Utlåtande från tandvården](#)

3.4 I samband med placering

3.4.1 Överföring av information och ansvar

Följande gäller vid överföring av information i samband med en placering:

Socialtjänsten i den placerande kommunen ansvarar för att information om placeringen lämnas till ansvariga, aktuella verksamheter inom VGR:s hälso- och sjukvård respektive tandvård (även privata vårdgivare).

VGR ansvarar för att barnhälsovård, primärvård samt specialistsjukvård (vid pågående behandling) efter socialtjänstens information om barnets placering, i sin tur underrättar aktuella vårdenheter på den nya orten. Aktuella uppgifter och vårdplanering överlämnas till berörd vårdenhet på placeringsorten. Om det inte finns en pågående behandling, men ett behov har identifierats, ansvarar vårdcentralen för att remiss utfärdas.

Barnets/den unges valda tandvårdsklinik ska efter socialtjänstens information om placeringen, underrätta vistelsekommunens folktandvård för att göra en omlistning av barnet. För uppgifter om var barnet är listat kan närmsta hälso- och sjukvårdsnämnds kansli i Västra Götalandsregionen kontaktas.

All informationsöverföring ska ske skyndsamt. Vid omplaceringar eller hemgång ska samma rutiner

för informationsöverföring genomförs.

3.4.2 Läkareundersökning i samband med LVU- eller LVM-placeringar

Vid ansökan om tvångsvård ska socialtjänsten till sin utredning, lämna med ett läkarintyg till rätten som redogör för eventuella medicinska risker eller hinder för placeringen. Det framgår inte av lag eller föreskrifter hur omfattande läkarundersökningen ska vara, men den är vanligtvis inte lika heltäckande som en hälsoundersökning enligt den nya lagen. Barn och unga kan därför även ha behov av en hälsoundersökning.

VGR har kostnadsansvaret för undersökning och intyg. Ingen avgift tas ut av kommun eller patienten.

➤ Rutin för läkarundersökning

Socialtjänsten ska i samband med tvångsvård enligt LVU eller LVM vända sig till den *vårdcentral* som den unge är listad på, i annat fall närmaste vårdcentral, för genomföra läkarundersökningen. [BBIC:s information vid LVU](#) används av socialtjänsten och lämnas till berörd personal inom hälso- och sjukvård. Det åligger vårdcentralen att skyndsamt utfärda läkarintyget. Vid behov ska den vårdcentral som lämnat uppgifterna bistå socialtjänsten med tolkning av uppgifterna i intyget.

3.4.3 Hälsoundersökning och undersökning av tandhälsa

Socialtjänsten ska, om det inte är uppenbart onödigt, initiera en hälsoundersökning omfattande fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa enligt rutiner nedan. Syftet är att hälsoundersökningen ska ge underlag för en medicinsk bedömning av barnet eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Bedömningen kan komma att föranleda fortsatt vård och behandling under placeringen. Hälso- och tandhälsoundersökningen kan också vara en del av underlaget till den vårdplan eller den genomförandeplan som socialnämnden är skyldig att upprätta. Se [socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar](#). Vid akuta placeringar får undersökningarna utföras efter placeringen på den nya orten.

VGR har kostnadsansvaret för undersökning och intyg. Ingen avgift tas ut av kommunen eller patienten.

➤ Rutin för hälsoundersökning

Socialtjänsten ska i samband med en placering erbjuda barnet/den unge en hälsoundersökning om det inte är uppenbart onödigt. Socialtjänsten ska aktivt motivera till att en hälsoundersökning genomförs. Undersökningen kan anses uppenbart onödig om barnhälsovårdens och elevhälsans hälsobesök genomförts enligt plan; om skolgången skett utan anmärkning; om elevhälsa eller aktuella vårdgivare har färskta uppgifter om ett gott allmänhälsotillstånd eller om barnet/den unge det senaste året genomgått en hälsoundersökning (inklusive Migrationsverkets hälsoundersökning av asylsökande).

Socialtjänsten kontakter den *vårdcentral* som den unge är listad på, i annat fall närmaste vårdcentral, för att genomföra hälsoundersökningen. Inför undersökningen ansvarar socialtjänsten för att vårdcentralen får tillgång till relevant information som kommit fram i utredningen. Tid för hälsoundersökning ska erbjudas skyndsamt. [BBIC:s mall för hälsoundersökning](#) ska användas. Om skriftligt utlåtande behövs används BBIC-mallen [Utlåtande från hälso- och sjukvården](#), vårdcentralen ska vid behov bistå socialtjänsten med konsultation och tolkning av uppgifterna.

Hälsoundersökningen ska mynna ut i en medicinsk bedömning av barnets behov. Där ingår åtgärd och förslag till uppföljning på vårdcentralen eller specialistmottagning, inklusive eventuella undersökningar och remisser (barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin, tandvård (om inte särskild tandvårdsundersökning genomförs), röntgenundersökningar, uppföljning på vårdcentral mm).

Om hälsoundersökning inte gjorts före en placering, ska socialtjänsten kontakta regionen på placeringsorten för att genomföra hälsoundersökningen. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, har en [förteckning med landstingens kontaktuppgifter](#) för hälsoundersökningar i samband med placeringar av barn och unga.

➤ **Rutin för undersökning av tandhälsa**

Socialtjänsten ska i samband med en placering ta kontakt med tandläkare på den klinik där den unge är listad och efterfråga när senaste besöket var, vilka behov som finns och om det pågår någon behandling. Om en ingen tandundersökning genomförts under det senaste året ska den unge erbjudas en tandundersökning. Om tandhälsan är eftersatt finns möjligheten att få ett tandvårdsutlåtande. [BBICs konsultationsmaterial för tandvården](#) samt [blanketten Utlåtande från tandvården](#) ska användas.

3.4.4 Akutplaceringar

Vid akuta placeringar får hälsoundersökning, undersökning av tandhälsa och planering av ansvar och insatser (SIP) genomföras efter placeringen, i den nya vistelsekommunen. Detta ska ske snarast möjligt. Vid pågående vård och behandling på hemorten, behöver ansvarig vårdgivare medverka vid planeringen av vårdinsatser på den nya orten.

3.4.5 Fast vårdkontakt

Barn och unga, som placeras i familjehem och hem för vård och boende (HVB, inklusive SiS-institutioner), har ofta förbisedda hälso- och sjukvårdsbehov. Därför bedöms i Västra Götaland, alla placerade barn och unga vara i behov av en fast vårdkontakt. Denne kan finnas på barnets/ungdomens listade vårdcentral eller om så bedöms lämpligt, inom specialistvården. Kontakten ska vara namngiven och kan vara behandlande läkare, annan i vården involverad legitimerad vårdpersonal eller i vissa fall en person med mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård tex rehabkoordinator. Hen utses i samband med upprättandet av SIP.

3.4.6 Mandat att påkalla sjukvård och närvara vid vårdtillfället

Vid en placering enligt LVU av minderåriga (under 18 år) utfärdar placerande socialtjänst en fullmakt till familjehemmet eller HVB, inkl. SIS. Fullmakten beskriver det mandat, familjehemmet eller institutionen har att påkalla vård och/eller närvara vid undersökningar eller behandlingstillfällen. När det gäller frivilliga placeringar krävs vårdnadshavarens samtycke. Vid placering enligt LVU avgör socialtjänsten om barnets vårdnadshavare/föräldrar får påkalla vård eller närvara vid undersökning/behandling och ska informera den fasta vårdkontakten och annan stadigvarande vårdgivare om beslutet.

3.4.7 Uppföljning av placeringen

Socialtjänsten ska noga följa vården för de barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet. Vården ska följas upp kontinuerligt och barns hälsa pekas i SoL ut som ett särskilt angeläget uppföljningsområde. Socialtjänsten ansvarar också för att insatser som planerats i den SIP följs upp och att SIP vid behov revideras. Övriga aktörer har en skyldighet att medverka i uppföljningen.

3.5 I samband med avslut av placering

3.5.1 Planering för hemgång eller byte av placeringsort

Vid hemgång eller omplacering ansvarar socialtjänsten för att nytt SIP-möte genomförs och att ny SIP upprättas - givet att det fortfarande finns behov av insatser från båda huvudmännen. De riktlinjer och rutiner som beskrivits ovan ska då följas.

3.5.2 Uppföljning efter hemgång/omplacering

Socialtjänsten ska, om ny SIP upprättats inför hemgång/byte av placering, följa upp planeringen efter flytten. Socialtjänsten kan också, även utan samtycke, besluta om uppföljning av ett barns situation efter det att en placering i ett familjehem eller i HVB har upphört. Detta om barnet bedöms vara i särskilt behov av stöd eller skydd. Uppföljningen ska i sådana fall avslutas inom två månader.

4 Genomförande

4.1 Tillämpning och implementering

Överenskommelsen ska verkställas på lokal nivå, nära den enskilde. Detta förutsätter en organiserad delregional och lokal samverkan mellan huvudmännen så att överenskommelsen kan tillämpas lokalt.

Varje huvudman har att upprätta såväl egna som gemensamma lokala föreskrifter och rutiner, så att intentionerna och riktlinjerna i denna överenskommelse kan verkställas. De gemensamma delarna bör tas fram inom vårdsamverkan delregionalt och/eller lokalt. De lokala rutinerna behöver vara tydliga och detaljerade för att säkerställa att syftet med överenskommelsen uppnås.

För att implementera innehållet i denna överenskommelse bör information och utbildning för huvudmännens personal genomföras gemensamt i delregional vårdsamverkans regi.

4.2 Avvikelser och kvalitetsutveckling

Varje verksamhet ska ha ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelser som uppstår i samverkan mellan huvudmännens verksamheter ska rapporteras enligt [läns-gemensam rutin](#). Detaljerade rutiner bör tas fram kring hur avvikelser hanteras och analyseras så att det som framkommer i avvikelserna tas tillvara på vid utvecklings- och förbättringsarbeten. Delregional vårdsamverkan följer regelbundet upp avvikelser i samverkan i syfte att utveckla och säkra kvaliteten. Avvikelser på systemnivå identifieras och rapporteras till vårdsamverkan VG (VVG).

Delregional vårdsamverkan ska årligen lämna rapport till vårdsamverkan VG (VVG) med sammanställning och analys av avvikelser som hanterats av vårdsamverkansorganisationen.

4.3 Tvister

Tvister mellan verksamheter i kommun och region ska i första hand lösas lokalt, av närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga. Om tvisten inte kan lösas lyfts frågan skyndsamt vidare inom respektive huvudmans linjeorganisation. Verksamheterna har ett gemensamt ansvar för att komma fram till en gemensam lösning där barnets/den unges behov sätts i första rummet. Om parterna ändå inte kan komma överens om en lösning, ska tvisten hanteras enligt rutiner i de delregionala vårdsamverkansområdena.

Under tiden parterna löser tvisten har de ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Vård och omsorg ska alltid säkerställas så att barnet/den unge inte kommer i kläm.

4.4 Uppföljning

Denna överenskommelse ska följas upp årligen i samband med att de delregionala vårdsamverkansgrupperna lämnar uppföljningsrapport till VVG om Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Uppföljningen ska redovisa genomförda implementeringsåtgärder, följsamhet till överenskommelsen och sammanställning av antal SIP och rapporterade avvikelser och tvister. Vid förlängning av överenskommelsen ska en mer ingående översyn av överenskommelsen ske 2023, inför att ny överenskommelse ska ingås.

5 Gemensamma utvecklingsområden

- Säkrare och bättre kommunikationsvägar mellan förskola/skola, socialtjänsten och VGR:s vårdenheter när det gäller barn och unga som vårdas utanför hemmet. Möjligheten att använda SAMSA bör fortsätta utvecklas för att alla parter ska ha tillgång till systemet, även skolan. SAMSA är ett IT-stöd för att stödja kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland.
- Se över och vid behov öka möjligheterna till ytterligare regional samordning samt stärka samverkan på en strukturell nivå mellan förskola/skola, socialtjänst och regionen på delregional/regional nivå.
- Utredda förutsättningarna för samverkan kring upphandling av HVB-platser enligt Överenskommelsen om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, avsnitt 5, och i samband därmed tydliggöra parternas ansvar för HSL-insatser i samband med placeringar.
- Utarbeta en standard för läkarundersökning inför LVU.
- Utarbeta rutiner för SiS, VGR och kommunerna för att klargöra ansvaret för hälsoundersökningar och hälso- och sjukvårdsinsatser samt samverkan för obruten skolgång för ungdomar som är placerade på SiS- institutioner.