

RUTIN FÖR BRISTER I SAMVERKAN

Beskriv vad som skett på denna blankett när du anser att det brustit i samverkan och individens behov blivit åsidosatta. Den ersätter inte andra rapporteringssystem.

Denna blankett är framtagen av den lokala samrådsgruppen psykiatri - Bjuv, Båstad, Helsingborg, Höganäs, Klippan, Landskrona, Svalöv, Åstorp, Ängelholm samt Örkelljunga och ska användas av alla parter.

Tänk på att inhämta samtycke om informationsöverföring från den klient/patient det gäller.

Rutin

Varje enskild organisation ansvarar för att det finns rutiner för hantering av brister i samverkan i den egna organisationen och för att lokalt samråd får kännedom om bristen.

Brister i samverkan mellan verksamheter i regionen och kommunen ska i första hand hanteras och lösas av närmaste tjänstemän och deras chefer med mandat att fatta beslut i aktuell fråga.

Företrädarna har ett gemensamt ansvar för att komma fram till en lösning med den enskildes behov i fokus. Samverkansproblem ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till **alla** berörda parter som är ansvariga för hanteringen, inkluderat psykiatrisamordnare i Helsingborgs stad.

Fyll i samtliga delar i Brister i samverkan digitalt och ge en beskrivning av vad som skett, samt vilka åtgärder ni har vidtagit. Skriv namnet på individen som ärendet gäller på förstasidan, men inte i den löpande texten, för att underlätta anonymiseringen av rapporterna inför genomgången. Därefter skickar du en kopia fysiskt till Psykiatrisamordningen, Anna Åkerman Socialförvaltningen, 251 89 Helsingborg. Psykiatrisamordningen tar upp brister i samverkan med lokalt samråd för dialog samt ansvarar för att sammanställa en årlig rapport.

Exempelvis kan en brist i samverkan vara att en SIP inte kommer till stånd eller om den egna organisationens arbetssätt inte blir respekterat av annan aktör. Vidare kan det handla om brister i bemötande, bristande helhetssyn, bristande individfokus, brister i kommunikation och information, brister i kompetens eller att rutiner för återkoppling saknats.

Lämna blanketten till din närmsta chef för åtgärd.

| | |
|---|--|
| Registrerad Datum: | |
| Registrerad av: namn, titel, kontaktuppgifter | |
| Närmaste chef: namn, titel, kontaktuppgifter | |
| Händelsedatum: | |
| Händelsen upptäcktes på: region, kommun, enhet, boende | |
| Vilka parter berörs: region, kommun, enhet, boende | |
| Patient/klient (namn/personnummer): | |

Beskriv händelsen:

Vilka åtgärder vidtogs:

KOM IHÅG;

- ✓ Inhämta samtycke
- ✓ Skriv inte individens namn i den löpande texten, bara på förstasidan
- ✓ Skicka kopia till psykiatrisamordningen