2014-12-01

LANDSTINGET SÖRMLAND

STRÄNGNÄS KOMMUN

LOKAL ÖVERENSKOMMELSE OM SAMARBETE KRING PERSONER MED PSYKIATRISKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

Stefan Sparring, Verksamhetschef Psykiatriska kliniken MSE,
Ordförande i Arbetsgrupp Norra Psykiatri

Innehåll

1. Bakgrund 2
2. Syfte 2
3. Målgrupp 2
4. Mål 3
5. Brukar- och närståendeorganisationernas inflytande 4
6. Inventering av målgruppens behov 4
7. Stöd vid boende i ordinärt boende samt bostad med särskild service och korttidsvistelse. 5
8. Former av placering vuxna med samtidigt missbruk/beroende 7
9. Personer ur målgruppen med särskilda behov av samarbete 8
9.1 Barn och ungdomar 8
9.2. Personer med missbruk 14
9.3 Äldre 16
9.4 Personer med invandrarbakgrund 17
9.5 Personer med andra komplexa funktionsnedsättningar som t.ex. utvecklingsstörning, rörelse-/flerfunktionshinder eller syn- och hörselskada 18
10. Övriga samarbetsområden 18
10.1. Stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning 2 g § HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen 18
10.2. Stöd till anhöriga 19
10.3. Samarbete kring personligt ombud 20
10.4 Samarbete kring personer som vårdas enligt LPT och LRV 21
11. Samarbete kring insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 22
12. Rutiner för samarbete kring enskilda personer 23
13. Samarbete kring insatser för sysselsättning och arbetsrehabilitering 24
14. Samarbete kring hjälpmedel 24
15. Samarbete kring kompetens- utvecklings- och forskningsfrågor 25
16. Former för hur tvister/samarbetsproblem ska lösas 25
17. Uppföljning och revidering av överenskommelsen 25
18. Definitioner 25

Lokal överenskommelse om samarbete kring personer med psykiska funktionsnedsättningar mellan Strängnäs kommun och Landstinget Sörmland

1. Bakgrund

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun skyldiga utifrån 8 a § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap 8 a § socialtjänstlagen, SOL, att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Under 2012 sammanställdes en övergripande överenskommelse mellan länets kommuner och landsting på uppdrag av länsstyrgruppen för Närvård i Sörmland. Som en förlängning av detta arbete upprättas lokala överenskommelser med syfte att ytterligare konkretisera samverkan mellan de olika huvudmännen. Parterna i denna överenskommelse utgörs av Strängnäs kommun och Landstinget Sörmland.

2. Syfte

Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för personer ur målgruppen.

Att tydliggöra och förstärka huvudmännens samlade ansvar inom dessa områden.

Att underlätta och stödja individens återhämtningsprocess genom huvudmännens samlade ansvar för sammanhållna, kunskapsbaserade och individanpassade insatser.

Att minimera risken för att individen hamnar i ett ingenmansland mellan huvudmännens ansvarsområden.

3. Målgrupp

Överenskommelsen omfattar personer med psykiska funktionsnedsättningar, oavsett ålder. Nationell psykiatrisamordning definierade 2006 begreppet psykiskt funktionshinder. 2007 anpassades Socialstyrelsens termbank utifrån att Terminologirådet vid Socialstyrelsen beslutat att förändra definitionen av termen funktionsnedsättning. Utifrån dessa förändringar har psykiatrisamordnarens definition delvis förändrats. Enligt de nya termerna består målgruppen av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga av begränsningar som uppstår i relation mellan en person med funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.

I överenskommelsen används begreppen personer, individer, enskilda, barn, unga, vuxna och äldre. Dessa begrepp, och eventuella ytterligare begrepp som används för att beskriva såväl enskilda personer som målgrupp/-er, avser alla människor som omfattas av överenskommelsen, oavsett kön. När det står ”enskild” gäller det också vårdnadshavare i de fall den enskilde är ett barn.

4. Mål

Det övergripande, gemensamma målet för huvudmännen är att den enskilde, utifrån en helhetssyn, ska ges råd, stöd och behandling till social funktion, psykisk och somatisk hälsa. Stödet ska, så långt det är möjligt, ges på ett sådant sätt och i den miljö som individen väljer. Insatserna ska leda till ett självständigt och värdigt liv, ett upplevt välbefinnande och ett aktivt deltagande i samhället.

Huvudmännens verksamheter ska bedrivas jämlikt och jämställt oberoende av individens härkomst, kulturella tillhörighet, språk, religion, funktionsförmåga, kön, ålder, sexuell läggning och könsidentitet.

Samarbetet mellan huvudmännen ska tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård, re-/habilitering och socialt stöd. Genom ett effektivt samarbete kan individen och/eller närstående, när det behövs, avlastas från den ibland svåra uppgiften att själva hitta rätt i vård- och stödapparaten. Här kan den samordnade individuella vårdplanen (SIP) fungera som grund i arbetet. Det kan gälla samarbetet mellan huvudmännen såväl som inom respektive huvudmans organisation.

Samarbetet ska bygga på ett gemensamt förhållningssätt som i grunden utgår från individens behov och rättigheter.

Samarbetet bör i alla överväganden där barn berörs bidra till att barnet ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad. Barnkonventionen och principen för barnets bästa ska följas.

Samarbetet ska ligga till grund för att öka den enskildes möjlighet att ta ansvar för sitt eget liv.

Samarbetet ska präglas av respekt för varandras kompetenser och ansvar. Alla medarbetare behöver ha kännedom om huvudmännens organisation och ansvarsområden.

De områden som återfinns i Nationella indikatorer för God Vård (hälso- och sjukvården) och God vård och omsorg (socialtjänsten) är i stort sett överlappande och utgör utgångspunkten för följande, mer konkreta mål:

- Självbestämmande och integritet
  Den enskildes delaktighet, inflytande och möjlighet till egna val ska säkerställas genom att den enskilde erbjuds en samordnad individuell plan när ett sådant behov finns.

- Helhetssyn och samordning
  De tjänster som den enskilde tar del av utgår ifrån dennes samlade livssituation, är samordnade, har en tydlig ansvarsfördelning och präglas av kontinuitet.

- Trygghet och säkerhet
  Trygg och säker vård och omsorg innebär att regelverket, däribland lagstiftning enligt HSL och SoL, följs och att vård och omsorg utförs på rätt sätt och med hög kvalitet. Förebyggande arbete, förutsägbarhet och möjlighet till insyn minskar risken för vårdskador, kränkningar, försummelser och fysisk eller psykisk skada.

- Kunskapsbaserad verksamhet
  Den vård och omsorg som ges ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och de enskildas erfarenheter ska tas till vara.

Nationella riktlinjer för olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst betonar vikten av samarbete mellan huvudmännen när det gäller flera av de rekommenderade insatserna. Kunskapsbasen ska grundas på gemensamma begrepp utifrån ICF. Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.[1]

- Tillgänglighet
  Tillgänglighet innebär att det ska vara lätt att få kontakt med hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att vård och sociala tjänster erbjuds i rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Tjänster, information m.m. som ges av huvudmännen gemensamt ska präglas av denna inställning.

- Effektivitet
  Huvudmännens resurser/insatser för målgruppen ska utnyttjas på bästa sätt för att kunna uppnå de gemensamt uppsatta målen, t.ex. i arbetet med metoder utifrån nationella riktlinjer.

- Överenskommelsen ska vara känd och tillgänglig i alla verksamheter.

5. Brukar- och närståendeorganisationernas inflytande

Brukar- och närståendeorganisationernas kunskap och erfarenheter ska tas tillvara av verksamheterna. Samverkan ska ske kontinuerligt, i första hand via NSPH. NSPH bjuds in till aktuell arbetsgrupp i närvårdsorganisationen regelbundet för uppföljning av pågående samverkan och diskussion kring fortsatta former för samverkan. NSPH erbjuds, att på ett aktivt sätt, bidra till att göra överenskommelsen till ett levande dokument som kontinuerligt kan revideras och uppdateras.

6. Inventering av målgruppens behov

Strängnäs kommun och landstinget Sörmland ska på uppdrag av Länsgrupp för Närvård i Sörmland, genomföra gemensamma inventeringar. Socialstyrelsens rekommendation är att dessa genomförs med fyra års mellanrum. Utifrån inventeringen ska huvudmännen tillsammans analysera resultatet för att få underlag för planering av sina insatser.

NSPH ska erbjudas möjlighet att erhålla information om inventeringen samt ska lämna synpunkter på inventeringen, analysen av inventeringen och på handlingsplanen gällande den samma.

[1] Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) – Kortversion, 2003-4-2, Socialstyrelsen

7. Stöd vid boende i ordinärt boende samt bostad med särskild service och korttidsvistelse.

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ibland behöva stödinsatser i eget boende och ibland i form av annat boende än det egna, antingen för stadigvarande boende eller för längre eller kortare tid. Personer som får insatser kan ha behov av att landstinget och kommunen samverkar i god tid inför eventuell flytt, under boendet eller korttidsvistelsen samt vid avslutning. Samverkan ska resultera i att en skriftlig samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Tablå 7:1 *Ansvar för boende, sociala insatser och hälso-och sjukvård i olika boendeformer, vuxna*

Boende och insatsformer	**Kommunens ansvar;**	**Landstinget ansvar**
Ordinärt boende	Insatser enligt SoL: Individuellt utformade insatser i form av hemtjänst; bl.a. städning, måltider, trygghetsskapande insatser samt omvårdnadsinsatser. Alla insatser ska ha ett rehabiliterande syfte Individuellt utformade insatser i form av boendestöd; rehabiliteringsinriktat, pedagogiskt och psykosocialt vardagsstöd för att stärka självständighet Insatser enligt LSS: Bl.a. kontaktperson, ledsagarservice, avlösarservice Där boendestöd eller hemtjänst förekommer ges omvårdnad och hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå 18 – 18 c §§ HSL exklusive korttidsboende LSS Hemsjukvård ges till personer under förutsättning att den enskilde inte har möjlighet att på annat sätt uppsöka sjukvård, sk. tröskelprincip.	Respektive vårdcentral ansvarar för att upprätta rutiner så att varje patient får en namngiven läkare. VC tillsammans med kommunens DSK ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa ett strukturerat sammarbete kring patienten tex efter läkarbesök ska skriftlig information med nödvändig medicink information följa med patienten. Psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset ansvarar för den högspecialiserade vården i öppenvård. Här genomförs bedömningar, utredningar och behandling på specialistnivå. På de flesta enheter finns, efter överenkommelse, möjlighet till hembesök av specialistläkare och/eller mobila team. På Mälarsjukhuset finns en psykiatrisk akutmottagning med möjlighet till akuta bedömningar och vid behov akuta inläggningar på vårdavdelning. Mottagningen är öppen dygnet runt, alla dagar i veckan. Heldygnsvården på den psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset utgörs av fyra avdelningar som är uppdelade efter vårdbehov.

Bostad med särskild service, kommunala och enskilda	Att tillhandahålla bostäder med gemensamhetsutrymmen och tillgång till personalstöd, enligt SoL och LSS Att utföra individuellt beviljade insatser i form av bl.a: Service, rehabilitering och omvårdnadsinsatser, samt i LSS-boende även kultur och fritidsinsatser Hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå 18 – 18 c §§ HSL exklusive korttidsboende LSS	En läkare på vårdcentral utses för uppdraget och får avsatt tid. Tiden inkluderar läkarbesök, planering av olika åtgärder, telefonkontakter samt enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar . Psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset ansvarar för den högspecialiserade vården i öppenvård. Här genomförs bedömningar, utredningar och behandling på specialistnivå. På de flesta enheter finns, efter överenkommelse, möjlighet till hembesök av specialistläkare och/eller mobila team. På Mälarsjukhuset finns en psykiatrisk akutmottagning med möjlighet till akuta bedömningar och vid behov akuta inläggningar på vårdavdelning. Mottagningen är öppen dygnet runt, alla dagar i veckan. Heldygnsvården på den psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset utgörs av fyra avdelningar som är uppdelade efter vårdbehov.
Korttidsvistelse enligt SoL och LSS	Sociala insatser enligt SoL och LSS Att tillhandahålla korttidsplatser i syfte att undvika inskrivning i psykiatrisk slutenvård eller när den enskilde anses utskrivningsklar och väntar på annat boende Hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå 18 – 18 c §§ HSL exklusive korttidsboende LSS	Samverkan och tidsåtgång planeras och regleras lokalt mellan boendeenhet och vårdcentral om behov uppstår. Målgruppens behov av läkarmedverkan är av varierande grad. Psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset ansvarar för den högspecialiserade vården i öppenvård. Här genomförs bedömningar, utredningar och behandling på specialistnivå. På de flesta enheter finns, efter överenkommelse, möjlighet till hembesök av specialistläkare och/eller mobila team.

		På Mälarsjukhuset finns en psykiatrisk akutmottagning med möjlighet till akuta bedömningar och vid behov akuta inläggningar på vårdavdelning. Mottagningen är öppen dygnet runt, alla dagar i veckan. Heldygnsvården på den psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset utgörs av fyra avdelningar som är uppdelade efter vårdbehov.

8. Former av placering vuxna med samtidigt missbruk/beroende

Tablå 8:1 *Ansvarsfördelning olika former av placering vuxna med samtidigt missbruk/beroende* (se även kapitel 9.2 Personer med missbruk)

Olika former av placering	**Kommunens ansvar**	**Landstingets ansvar**
Kommunal och enskilda HVB[2] Korttidsboende, kommunala och enskilda[3] SiS institutioner[4]	Sociala insatser, det vill säga stöd enligt SoL och LSS Insatserna tydliggörs i beslutet och dokumenteras i genomförandeplan	Hälso- och sjukvårdsinsatser, det vill säga medicinsk vård utförd av sjukvårdspersonal, medicinering, utredning behandling och rehabilitering på primärvårdsnivå eller högspecialiserad psykiatrisk nivå. Rådgivning och konsultation till personal

Personer som får insatser genom särskilda ungdomshem eller enskilda aktörer, som t.ex. Hem för vård eller boende, HVB, har behov av att landsting och kommun samverkar i samband med placering, under placering och inför flytt till någon form av eget boende. Samverkan är också aktuell vid kontinuerlig uppföljning under placeringen. Det är kommunen som beviljar insatsen enligt SoL, utifrån den enskildes ansökan och socialtjänstens utredning. Det innebär att landstinget ska ta kontakt med kommunen innan landstinget lyfter frågan med brukaren om ett eventuellt boende på ett HVB. Vid behov bör huvudmännen stödja, motivera och hjälpa den enskilde att göra en sådan ansökan. Samtycke ska inhämtas. Om den enskilde bedöms ha behov av insatser från bägge huvudmännen har båda huvudmännen ett gemensamt ansvar för planering inför en sådan placering

[2] Hem för vård eller boende med insats enligt SoL
[3] Korttidsboende med insats enligt LSS eller SoL
[4] Institution för tvångsvård enligt LVU, LVM och LSU som drivs av Statens institutionsstyrelse

vilket också innefattar att man kommer överens om eventuell fördelning av kostnaderna. Huvudregeln är att varje huvudman svarar för de kostnader som kan knytas till var och ens ansvar för vård- och stödinsatser. Vid placering skall Lagen om offentlig upphandling (LOU) beaktas.
Processkarta:

1. Behov av placering utanför det egna hemmet uppmärksammas
2. Den enskilde gör en ansökan hos socialtjänsten om bistånd (men inte hur, när eller var), samtycke inhämtas
3. Socialtjänsten utreder ansökan
4. Vid behov av insatser från flera vårdgivare upprättas en SIP
5. Socialtjänsten samordnar ansökan från den enskilde gällande placering
6. En samordnare utses gemensamt av huvudmännen i det enskilda ärendet
7. Huvudmännen beslutar gemensamt om kostnad- och ansvarsfördelning (sker skyndsamt)
8. Vid beslut om placering i boende ansvarar socialtjänsten för val av institution.
9. Studiebesök tillsammans med den enskilde
10. Placering, socialtjänsten upprättar vårdplan och boendet upprättar genomförandeplan

Om parterna inte kommer överens om kostnadsfördelningen hänskjuts frågan primärt till respektive chef och i nästa steg till aktuell lokal arbetsgrupp i norra länsdelen. Principiella frågeställningar kan lyftas till länsstyrgruppen, t.ex. vem som ska betala för kostnaden till dess frågan lösts i aktuell arbetsgrupp med tanke på att placering kan behöva ske trots att frågan om kostnadsansvar kvarstår.

9. Personer ur målgruppen med särskilda behov av samarbete

9.1 Barn och ungdomar

Överenskommelse om samverkan för barn och unga är ett *inriktningsdokument* som syftar till att tydliggöra ansvaret och att beskriva gemensamma utgångspunkter och samverkansstrukturer för att barn och unga i behov av särskilt stöd ska få de insatser de behöver och har rätt till. De fristående förskolorna och skolorna erbjuds att ingå i de överenskommelser och rutiner om samverkan som finns.

Överenskommelsen gäller *alla barn och unga i behov av särskilt stöd*, t.ex. barn och unga som är asylsökande eller barn och unga som har funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa. Det kan också vara barn och unga med sviktande stöd från sina vårdnadshavare. För en del sammanfaller flera faktorer som var och en för sig kan innebära att barnets utveckling försenas eller hindras.

För dessa barn och unga innebär särskilt stöd att man har behov av insatser från flera olika verksamheter. Vägledande för samverkan kring enskilda barn och unga med sammansatta behov, är att insatserna ”skräddarsys” så långt som möjligt över verksamhetsgränserna.

Barn och unga, föräldrar och nätverk ska göras delaktiga i sökandet efter hållbara lösningar. Arbetet ska präglas av ett aktivt förhållningssätt, engagemang och hög kompetens. Samverkan på individnivå ska utgå från principen att den som berörs samtycker och är delaktig så långt det är möjligt. Vid behov ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Syftet för samverkan

Ett övergripande mål är att alla barn och unga ska växa upp under trygga och goda förhållanden. Föräldrarna har det grundläggande ansvaret. Men utöver det måste alla berörda myndigheter och andra samhällsorgan ta ett gemensamt ansvar för att uppmärksamma barn och unga som kan behöva särskilt stöd. Ofta behövs samarbete för att kunna tillgodose barnens behov och det finns ett antal lagbestämmelser för att möjliggöra detta.

Grundläggande värderingar

Nedan redovisas de grundläggande värderingar som är utgångspunkter för dessa gemensamma riktlinjer. Texten avser barn och unga men för läsbarheten används endast benämningen barn. Med barn och unga avses personer under 18 år. Begreppen unga och ungdom har ingen vedertagen definition. Vanligen avses dock personer som fyllt 18 år men inte 21 år.

Samverkan ska bedrivas utifrån följande utgångspunkter:

- Barnets bästa.
- Barnets mening ska alltid respekteras.
- Barnets livssituation ska ses i ett sammanhang där delarna ömsesidigt påverkar varandra.
- Barnet ska få stöd i tidigt skede.
- Föräldrar har huvudansvar för sina barn och ska i alla skeden ansvara för och vara delaktiga i diskussioner och beslut som rör deras barn.
- Barnets intressen får aldrig åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar.
- Barnets behov av utredning eller behandling ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart.

Sekretess och anmälningsskyldighet

Möjligheterna för samverkan mellan landstinget, kommunen och andra samhällsaktörer kring barn och unga bygger alltid, på den enskildes eller vårdnadshavarnas samtycke enligt lagstiftningen om sekretess (fotnot eller hänvisning till lagstiftningen) För att möjliggöra ett fungerande samarbete är det viktigt att frågor om sekretess tydliggörs och att verksamheterna verkar för att sekretesslagen inte blir ett hinder för samverkan. Vårdnadshavarens samtycke krävs för att sekretessen ska kunna brytas, förutom i de fall som anges nedan.

Socialtjänsten behöver på olika sätt få kännedom om barn som far illa eller riskerar att fara illa för att kunna fullgöra sin uppgift att ingripa till ett barns skydd. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en strängare sekretess än förskolan och skolan. Vid anmälan från förskolan, skolan eller hälso- och sjukvården till socialtjänsten bryts sekretessen av anmälningsskyldigheten Likaså har socialtjänsten rätt att få ta del av informationen av dem som är anmälningsskyldiga, enligt samma sekretessbrytande regel.

Insatser på olika nivåer

Den grundläggande utgångspunkten för insatser till barn och unga som behöver särskilt stöd är att de i första hand ska få dessa tillgodosedda genom insatser i sin vardagsmiljö. Exempel på denna så kallade hälsofrämjande nivå, som i stort sett alla barn kommer i kontakt med är förskola, skolan, kultur- och fritidsverksamhet, barnhälsovård samt ungdomsmottagning.

När den hälsofrämjande nivåns kompetens/resurser inte är tillräckliga och behov finns av konsultation ska andra nivåer kontaktas. Brister på en nivå motiverar inte insatser på en annan nivå. Specialistverksamheterna ska komplettera de övriga verksamheterna med konsultation och ansvar för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Det är viktigt att rätt prioritering sker av vilka barn som ska få insatser från specialistnivån. Specialistnivån behövs för en liten andel av alla barn.

Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande ”Ambition och ansvar” (SOU 2006:100) anges att det finns särskilda behov av att tydliggöra rutiner för ansvar och samverkansformer kring barn och ungdomar med samtidiga sociala och psykiska problem.

Barn och unga med psykiska och sociala problem samtidigt är ofta i behov av insatser från flera huvudmän parallellt. Landsting och kommun har en samverkansskyldighet (HSL 2 f § och SoL 5 kap 1 a §) när barn far illa eller riskerar att fara illa[5]. Båda huvudmännen har också en skyldighet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa[6]. Landstingets och kommunens verksamheter ska ses som delar av ett gemensamt system. För barnet/ungdomen/familjen är det oftast mindre viktigt vem som ansvar för insatserna. Det viktigaste är att insatserna ges och att dessa är samordnade och ges ur ett helhetsperspektiv. I alla överväganden som rör ett enskilt barn ska barnet ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad. Det ska alltid övervägas om en SIP ska upprättas[7].

[5] Strategi för samverkan– kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, Socialstyrelsen

[6] *SVÅRT ATT SE – ANSVAR ATT HANDLA! – Barn som far illa eller riskerar att fara illa*,
Landstinget Sörmlands kunskapsunderlag för hantering av anmälningsplikten SoL 14 kap. dnr: LS-LED 08-357.
Socialtjänstlagen 14 kap. 1 §.

7 Samverkansriktlinjer enligt 3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL och SOSFS 2007:10/2008:20

Vård-/ansvarsnivåer



Generell nivå - omfattar alla barn. De flesta barn går i förskola och har tillgång till barnhälsovård (BVH). Alla barn/ungdomar går i skola och omfattas av elevhälsa. I elevhälsan ingår medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska kompetenser. Elevhälsan ska bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa

Utöver elevhälsa har unga från 13 år tillgång till ungdomsmottagningen. Familjecentralerna kan vara olika organiserade men grunden utgörs av basnivåresurser.

Första linjen – socialtjänstens förebyggande verksamhet, barnhälsovårdsenheten och primärvården för dem som har behov av hälso- och sjukvård. (pågående projekt Uppdrag Sörmland uppmärksammar barnen)

Specialistnivån ansvarar för att ge bedömning, diagnostik och behandling när basnivå/första linjens kompetens prövats och bedöms behövas.

Landstinget ansvarar för

- att barnavårdscentralen, barn- och ungdomskliniken, barnhälsovårdsenheten, barn och ungdomspsykiatri, primärvård och andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och unga, aktualiserar behov av samordnade insatser (SIP)
- att skyndsamt bistå med konsultationer och utfärda specialistutlåtanden vid socialtjänstens utredningar
- att på initiativ av socialtjänst vara tillgänglig för bedömning av akuta behov - den enskildes barnpsykiatriska vårdbehov
- att vid behov genomföra hälsoundersökning enligt upprättad rutin för barn som är föremål för vård enligt SoL och LVU

Kommunen ansvarar för

- att förskola, skola, elevhälsa och socialtjänst aktualiserar behov av samordnade insatser (SIP) för barn och ungdomar

- att vid anmälan från hälso- och sjukvården vara tillgänglig för bedömning, utredning och initiera insatser för den enskilde
- att skyndsamt bistå med vårdplanering (SIP) för inlagd patient så att brist på insatser inte förlänger slutenvården

Landstinget och kommunen ansvarar gemensamt för

- Ungdomsmottagning
- Barnahus
- Beroende Centrum-ung
- Familjecentraler
- Samverkansforum kring grundskoleelever mellan kommun och landsting (KOLA, TOLA, SAMS)
- Sociala insatsgrupper
- att informera den andre huvudmannen om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning, eller få konsekvenser för den andre huvudmannens verksamhet.

Samverkan kring barn och unga

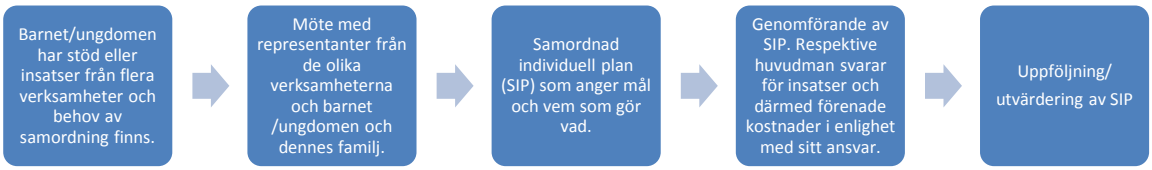
Samordnad individuell plan (SIP)

I Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om att socialtjänst och hälso- och sjukvård, vid behov, tillsammans har en skyldighet att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från bägge huvudmännen. Behovet av en samordnad individuell plan kan uppmärksammas av socialtjänsten och/eller hälso- och sjukvårdens verksamheter och den andre huvudmannen är då skyldig att delta i upprättandet av planen.

Behovet av en samordnad individuell plan kan även uppmärksammas av förskola och skola liksom av fritidsverksamhet. Barnet/ungdomen och dess närstående kan också ta initiativ till en plan och deras uppfattning om behovet ska ha stor betydelse.

Syftet med SIP-mötet är att få en gemensam helhetsbild, klargöra barnets/ungdomens/familjens resurser, behov, aktuella insatser samt målet med de olika insatserna. Planen ska upprättas tillsammans med barnet/ungdomen och vårdnadshavaren. Det lagstadgade ansvaret medför att professionella aktörer ska prioritera inbjudan till ett sådant möte. Mötet ska komma tillstånd snarast.

Länk till länsöverenskommelsen SIP



Placering utanför det egna hemmet

Principer för insatser till barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet skiljer sig inte från dem som gäller för barn och unga som bor i det egna hemmet. Den enda skillnaden är att vid placering utanför hemmet har socialtjänsten samordningsansvaret. Socialtjänsten avgör om den enskilde ska få insatser enligt socialtjänstlagen, lagen om vård av unga och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvården avgör om barnet/den unge ska erhålla hälso- och sjukvård. Varje verksamhetsområde ansvarar för utredning och bedömning inom sitt kompetensområde. Respektive förvaltning har, inom sina ansvarsområden, rätt att sluta avtal med annan part som på deras uppdrag tillhandahåller vissa stöd- eller behandlingsinsatser. För att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet ska få en bra skolgång och tillgång till god hälsa och tandvård är det viktigt att samarbetet mellan socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård inklusive tandvård fungerar på ett tydligt och rättssäkert sätt. De särskilda samverkansrutiner som finns för detta ska följas. För socialtjänstens uppföljningar av skola, hälsa och tandvård finns särskilda rutiner.

Länk: Länsgemensam överenskommelse och samverkansrutin läkarundersökning i samband med att barn placeras i familjehem eller i hem för vård eller boende (HVB)

I nedanstående figur visas schematiskt olika kombinationer av ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och barnpsykiatrin.

Kommun	**Kommun/Landsting**	**Landsting**
Boende och sociala insatser genom socialtjänsten.	Boende och sociala insatser samt Barnpsykiatrisk bedömning och/eller behandling konsultation	Barnpsykiatrisk heldygnsvård och behandling

Förtydligande av den mellersta rutan:
Barnets behov tillgodoses genom boende och sociala insatser utanför det egna hemmet som socialtjänsten ansvarar för och bekostar. Barn- och ungdomspsykiatrin ansvarar för barnpsykiatrisk bedömning, behandling och/eller konsultation rörande aktuella barnet till berörd personal inom socialtjänsten, skola, familjehem/HVB (Hem för vård eller boende) och särskilda ungdomshem (Statens institutionsstyrelse).

I de fall barnet vistas i familjehem, HVB-hem eller särskilda ungdomshem och är i behov av barnpsykiatrisk bedömning, behandling och/eller konsultation rörande barnet, kan detta ske antingen genom att barnet kommer till barnpsykiatriskmottagning eller att barnpsykiatrin ansvarar för att denna insats sker av närliggande BUP. Barnpsykiatrin ger vid behov konsultation rörande barnet till berörd personal/familjehem.

Då placering sker akut bör ansvarsfördelning/kostnadsansvar vara klarlagt snarast.

Barnet/den unga	Socialtjänst och skola	Hälso- och sjukvård
Placerad i familjehem, hem för vård och boende (HVB), förstärkt familjehem, SIS-hem utanför länet (SOL/LVU)	Sociala och pedagogiska insatser, d v s vård enligt socialtjänstlagen/ lagen om vård av unga och skolgång enligt skollagen.	Hälso- och sjukvårdsinsatser, d v s medicinsk vård avseende läkarinsats och medicinering, bedömning av mun- och tandhälsa inkl. behandling samt barnpsykiatrisk bedömning, utredning, behandling och rådgivning/konsultation till personal. Landstinget Sörmland tillhandahåller specialistvårdsremiss till BUP samt specialiserad barntandvård på placeringsorten.
Inskriven i barnpsykiatrisk slutenvård	Samverkan och planering kring utskrivning och permissioner. Ev. pågående sociala och pedagogiska insatser, d v s vård enligt socialtjänstlagen/lagen om vård av unga och skolgång enligt skollagen avbryts inte.	Hälso- och sjukvårdsinsatser, d v s medicinsk vård avseende läkarinsats och medicinering, bedömning av mun- och tandhälsa inkl. behandling samt barnpsykiatrisk bedömning, utredning och behandling.

9.2. Personer med missbruk

Personer med missbruks- och beroendeproblematik och psykiatrisk sjukdom behöver omfattande stöd både från socialtjänsten och från psykiatrin. När det gäller behandling av denna grupp är en viktig slutsats att den bör samordnas. Goda erfarenheter finns från sådana enheter där behandlingen av båda tillstånden ges samtidigt[8].

ANP (Arbetsgrupp Norra Psykiatri) ansvarar för samverkan mellan kommunen, frivården, primärvården och beroendecentrum. Samverkan sker 2 ggr/termin med representanter från de olika huvudmännen. Vid dessa träffar ska samverkansfrågor och struktur diskuteras. Patient/klientärenden diskuteras inom ramen för möten vid samordnad individuell planering, SIP. Samverkan ska alltid resultera i ett övervägande angående om det finns behov av att en skriftlig samordnad individuell plan upprättas.

Se även kapitel 8. *Former av placering vuxna med samtidigt missbruk/beroende,* tablå 8:1.

[8] *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården* (2007)

Tablå 9.2:1 *Ansvarsfördelning*

Alkohol och narkotika	**Primärvård**	**Landstingets Beroendevård och öppenvårds-mottagning**	**Socialtjänsten**
Riskbruk	Frågor om din hälsa AUDIT/DUDIT Kort rådgivning Biologiska markörer med feedback	Rådgivning AUDIT/DUDIT Biologiska markörer med feedback	AUDIT/DUDIT Kort rådgivning
Redan identifierade och diagnostiserade alkohol- och narkotika problem	Farmakologisk behandling t. ex antabus Behandling av lindrig alkoholabstinens Somatisk behandling' Anmälansansvar gällande barn, vapen, körkort och smittskydd Samordnad individuell plan Körkortsärenden alkohol Biologiska markörer enligt upprättad vårdplan Hjälp med läkemedelsassisterad behandling utifrån en samordnad individuell plan LVM-anmälan LVM- intyg	Farmakologisk behandling Biologiska markörer enligt upprättad vårdplan Abstinensbehandling i öppen och slutenvården Somatisk behandling Anmälningsansvar gällande barn, vapen, körkort, smittskydd Samordnad individuell plan Körkortsärenden narkotika Personer med narkotikaberoende, avancerad alkohol- eller läkemedels-beroende eller med verifierad eller misstänkt samtidig psykiatrisk sjukdom Behandlingsövervakning Psykiatrisk behandling LVM-anmälan LVM-intyg Att på initiativ av socialtjänsten vara tillgänglig snarast för bedömning av den	Utredning enligt SoL, samt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, Lagen om vård av unga, LVU ASI-utredningar Psykosocialbehandling med evidensbaserade metoder enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer i öppen- eller slutenvård Anmälningsansvar gällande barn Försörjningsstöd Upprättande av vårdplan Samordnad individuell plan Upprättande av genomförandeplan Yttrande – körkort, vapen Boende Sysselsättning Att på initiativ av landstinget vara tillgänglig snarast för bedömning av den enskildes stödbehov och behov av akuta insatser

		enskildes psykiatriska vårdbehov och behov av akuta insatser Att den enhet som ska kontaktas görs känd för alla berörda instanser	Att den enhet som ska kontaktas görs känd för alla berörda instanser

Avtal/överenskommelser för målgruppen "Personer med missbruk".
"Lokal samverkansöverenskommelse för riskbruk-, missbruk och beroendevården mellan Landstingets beroendevård och öppenvårdsteam, primärvården, kriminalvården samt Eskilstuna och Strängnäs kommuner", "Riktlinjer för samverkan inom missbruks- och beroendevården", "Avtal avseende samarbete vid omhändertagande av personer med beroendesjukdom".

9.3 Äldre

Äldre med psykisk ohälsa har ofta sammansatta somatiska och psykiatriska symtom som ibland kan vara svåra att särskilja från varandra. Till exempel blir äldre utsatta för olika stressande faktorer som förlust av partner, svåra sjukdomar och kroppsliga förluster samt existentiell ångest. Det finns också kopplingar mellan depression och bruk av läkemedel mot kroppsliga sjukdomar.
Cirka 10-15 procent av de äldre har depressiva symptom och fem procent lider av mycket svår depression. Vid Alzheimers sjukdom och vaskulär demens förekommer depressiva symtom hos 50 procent av patienterna[9].

Vikten av att förebygga och åtgärda psykisk ohälsa hos äldre är ett gemensamt ansvar för kommuner och landsting. Utgångspunkten ska vara att så långt det är möjligt förebygga att psykisk ohälsa uppstår. Statens folkhälsoinstitut [10] visar att det finns fyra områden som är speciellt viktiga för att äldre ska må bra och som förebygger psykisk ohälsa. Dessa fyra områden är:

- Social gemenskap
- Meningsfullhet, delaktighet och inflytande
- Fysisk aktivitet
- Bra matvanor

Socialstyrelsen har uttalat att äldres psykiska ohälsa kräver ett gemensamt ansvarstagande på nationell, regional och lokal nivå. I det gemensamma ansvarstagandet ligger också en gemensam strategi för att öka tillgången till vetenskapligt prövade insatser, stärkt kompetens, handledning och uppföljning[11]. Inom ramen för värdegrundsarbetet har Socialstyrelsen haft i uppdrag att ge förslag på hur det psykiatriska stödet till äldre människor kan utvecklas[12]. Deras kartläggning och förslag

[9] Socialstyrelsen, nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Statens folkhälsoinstitut Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. Bättre hälsa hos äldre! Vårdguiden, Depression hos äldre.
[10] Socialstyrelsens kunskapsguide 2011, Teman Aktivt och hälsosamt åldrande.
[11] Äldres psykiska hälsa. En fördjupad lägesrapport om förekomst av verksamheter och insatser. Socialstyrelsen 2008
[12] Socialstyrelsen 2011. Evidensbaserad praktik nr 3 2011.

framgår i rapporten - Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd[13]. Stödet ska utvecklas och utformas i enlighet med intentionerna i rapporten.

Samverkan ska alltid resultera i ett övervägande angående om det finns behov av att en skriftlig samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Tablå 9.3:1 *Ansvarsfördelning*

Kommunens ansvar	**Gemensamt ansvar**	**Landstingets ansvar**
Att ge möjligheter till socialgemenskap och deltagande i samhällslivet Att bedöma den enskildes stödbehov och erbjuda adekvata sociala insatser För hembesök och hemsjukvård, utförd av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal på delegation, på primärvårdsnivå	Att förebygga ohälsa genom att äldre får vara delaktiga i kontakterna med kommunens och landstingets företrädare Att stimulera till fysiska aktiviteter och goda matvanor Att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa samt vidta åtgärder	Att utreda, diagnostisera och behandla medicinsk och/eller psykisk ohälsa Att tillhandahålla psykiatriska behandlingsinsatser även efter att den enskilde flyttat till särskilt boende Samverkan mellan primärvården och specialistpsykiatrin

Avtal/överenskommelser för målgruppen ”Äldre” (förutom tidigare nämnda).
”Länsgemensamt program för vård och omsorg av demenssjuka”, ”Fallprevention”

9.4 Personer med invandrarbakgrund

Hälsotillståndet skiljer sig mellan olika grupper utlandsfödda beroende på varifrån man kommer, migrationsprocessen och levnadsförhållandena i Sverige. Även om många har en tillfredsställande hälsa visar studier att utlandsfödda löper en större risk för psykisk ohälsa och lider mer av depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnsvårigheter. Språkliga och andra barriärer försvårar också deras situation. Huvudmännen, som i dagsläget inte har tillräckliga kunskaper om gruppen, behöver gemensamt fördjupa dessa och tillsammans utveckla och anpassa insatserna till både individuella behov och till behov på gruppnivå.

Avtal/överenskommelser för målgruppen ” Personer med invandrarbakgrund*”.*
”Samverkan mellan Eskilstuna kommun, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Landstinget, Försäkringskassan och Länsstyrelsen avseende etablering och introduktion av vissa nyanlända invandrare” (*LÖKEN*).

[13] Socialstyrelsen 2012. Artikelnummer 2012-02-22.

9.5 Personer med andra komplexa funktionsnedsättningar som t.ex. utvecklingsstörning, rörelse-/flerfunktionshinder eller syn- och hörselskada

Det är viktigt att funktionsnedsättningar uppmärksammas så tidigt som möjligt så att behandling, rehabilitering, habilitering och andra insatser kan påbörjas och sekundära problem förebyggas.

Vid diagnostik ska kartläggning ingå av eventuell samtidig psykisk sjukdom. En bedömning av individens förmågor (förmågebedömning) kan ligga till grund för stödinsatser i studier/arbete/sysselsättning, i boendet och på fritiden Behov av kognitivt stöd inklusive hjälpmedel ska tillgodoses.

För att insatsen för behandling och stöd ska vara effektiv, krävs samverkan mellan flera aktörer, till exempel berörda verksamheter inom kommunen och landstingets psykiatri, habilitering och primärvård. Övriga aktörer som försäkringskassa, arbetsförmedling och i förekommande fall kriminalvård kan behöva ingå i samverkan.

Samverkan ska alltid resultera i ett övervägande angående om det finns behov av att en skriftlig samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Om endera parten kallar till samordnad individuell planering ska övriga inblandade aktörer delta.

Kommunens ansvar	**Landstingets ansvar**
Stöd och service enligt SOL och LSS Erbjuda hemsjukvårds-patienter och personer inom målgruppen habilitering och rehabilitering (enl. HSL (1982:763) 18 b §) samt hjälpmedel Initiera och stödja samverkan med landstinget inom ovan nämnda område Samordnad individuell plan (SIP)ska upprättas när det finns behov av en sådan. Bedömningen av behovet ska göras i varje enskilt fall.	Förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget ska också erbjuda habilitering/ rehabilitering samt hjälpmedel Initiera och stödja samverkan med kommuner inom ovan nämnda område Samordnad individuell plan (SIP)ska upprättas när det finns behov av en sådan. Bedömningen av behovet ska göras i varje enskilt fall.

10. Övriga samarbetsområden

10.1. Stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning 2 g § HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen

Även om ovanstående lagstiftning rör hälso- och sjukvården och dess personal, bör det utvecklas rutiner för hur barn i dessa utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen, eller flera verksamheter hos samma huvudman, är involverade. Det kan gälla rutiner kring individuella åtgärder såväl som att huvudmännen tillsammans startar samtalsgrupper för barn till föräldrar med psykisk störning eller funktionsnedsättning. Landstinget Sörmland utgår från en breddad definition av barn som närstående: Ett barn där någon dem närstående, lever med eller drabbats av;

- fysisk sjukdom/skada/funktionsnedsättning
- psykisk störning/sjukdom/funktionsnedsättning
- missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller

- om den närstående oväntat avlider

Det är barnet och dess vårdnadshavare som har tolkningsföreträde om vem som för dem räknas som närstående.
http://landstingetsormland.se/PageFiles/31870/riktlinje%20barn%20som%20n%c3%a4rst%c3%a5ende%20v2.pdf

10.2. Stöd till anhöriga

Många anhöriga[14] har en långvarig kontakt med både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det är angeläget att utveckla samarbetet mellan landstinget och kommunen och i detta arbete är NSPH liksom kommunens anhörigkonsulenter[15] viktiga samarbetspartners.

Tablå 10.2:1 *Ansvarsfördelning*

Kommunens ansvar	Gemensamt ansvar	Landstingets ansvar
Att förebygga ohälsa, vilket när det gäller anhöriga, bl.a. innebär att fånga upp behov, informera om kommunernas anhörigstöd och motivera till kontakt[16]	Att se anhöriga som en viktig part i vård och rehabiliteringsarbetet. Huvudmännen ska verka för att de får det stöd och den hjälp de behöver Att genom samverkan, ge stöd och insatser till vuxna anhöriga och barn till personer med psykiskfunktionsnedsättning för att skapa förutsättningar till fungerande relationer Ge anhöriga möjlighet att delta i arbetet vid upprättandet av en samordnad individuell plan (SIP), om det är lämpligt och om den enskilde inte motsätter sig det	Att erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som till exempel har en funktionsnedsättning[17] Att beakta behovet av information, råd och stöd om den anhöriga är ett barn[18]

[14] Enligt (prop. 20018/2009:82, s. 11-12) *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående* avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård eller stöd. Den som ger hjälpen benämns anhörig eller annan person. Annan person i det här sammanhanget är någon utanför familjekretsen, t.ex. en vän eller granne.
[15] http://www.eskilstuna.se/sv/Omsorg-och-hjalp/Anhoriga-frivilliga1/
[16] 5 kap 10 § Socialtjänstlagen.
[17] Hälso- och sjukvårdslagen § 2 c.
[18] Hälso- och sjukvårdslagen § 2 g

10.3. Samarbete kring personligt ombud

Verksamhet med personliga ombud har funnits i Eskilstuna kommun sedan 1995. I nuvarande form bedrivs personligt ombud av Eskilstuna kommun, i samverkan med Strängnäs kommun och landstinget Sörmland sen 1 januari 2007. Samverkan sker även med Försäkringskassan samt intresseföreningarna. Eskilstuna kommun tillhandahåller även ett ombud tillsammans med Svenska kyrkan Eskilstuna församling vid *Härberget.* Personligt ombud är inte en insats enligt SoL eller LSS och det är den enskilde som avgör om den enskilde vill ha ett personligt ombud.

För att funktionen ska vara framgångsrik behövs en väl fungerande samverkan mellan huvudmännen samt med brukar- och anhörigorganisationerna.

Tablå 10.3:1 *Ansvarsfördelning*

Kommunens ansvar	**Gemensamt ansvar, kommun och landsting**
Eskilstuna kommun har huvudmannaskapet för verksamheten personligt ombud	Att skapa förutsättningar för att målgruppen ska få kännedom om verksamheten personligt ombud Att verka för att ombudens uppdrag blir väl känt och för att resursen personligt ombud används

Ombudens uppgift är att:

- ge stöd till personer med omfattande och långvariga psykiska funktionsnedsättningar 18 år eller äldre
- ge stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar i kombination med missbruk
- ge stöd till personer som vistas på hem för vård eller boende
- ge stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar i kombination med annan funktionsnedsättning (neuropsykiatrisk)
- tillsammans med den enskilde identifiera och formulera den enskildes behov av vård, stöd och service
- tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs
- bistå och företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter
- se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter
- inrapportera systemfel och brister[19]

[19] Regeringens proposition 1993/94:218

10.4 Samarbete kring personer som vårdas enligt LPT[20] och LRV[21]

Det är viktigt med en omfattande planering av landstinget och kommunen för att säkerställa att alla förutsättningar finns för att, om möjligt undvika tvångsåtgärder. För att främja samarbetet i svåra situationer och verka för ett professionellt omhändertagande och bemötande är riktlinjer framtagna[22].

Ett utvecklingsområde för främjande av samverkan mellan kommunen och Karsudden är att skapa förutsättningar för en ingång i kommun/länsdel gentemot Karsudden. En tänkbar funktion som tidigare prövats är LRV-samordnare[23].

Karsudden ansvarar för att genomföra utredningarna som nämns i tablå 10.4 inom de fyra första månaderna patienten vistas på Karsuddenssjukhus. Därefter sker uppföljning enligt intervall som beskrivs i rutan nedan.

Tablå 10.4:1 *Ansvarsfördelning vid LPT och LRV*

	Kommunens ansvar	**Landstingets ansvar**	**Karsuddens ansvar**
LPT	Ta emot inskrivningsmeddelanden Påbörja en fortlöpande kontakt med Landstinget Utreda och besluta om sociala insatser enligt SoL och LSS Genomföra beslutade insatser som service och omvårdnad t.ex. socialt stöd, boende, sysselsättning. DSK delegerar personal på gruppboende vid ansvarsövertagande	Hälso- och sjukvårdsinsatser Öppen psykiatrisk tvångsvård Uppföljning av sjukvårdsinsatser Upprättande av samordnad vårdplan Inskrivningsmeddelande till aktuell kommun inom två månader från inläggning Meddela kommunen vid utskrivning	Hälso- och sjukvårdsinsatser Upprättande av samordnad vårdplan Inskrivningsmeddelande till aktuell kommun inom två månader från inläggning Kognitiv utredning under vårdtiden Hälsoutredning och beroendeutredning (ASI) 1 gång/år Funktionsbedömning och social utredning var 6:e månad Psykologisk bedömning och kognitiv utredning, följs upp när så är erforderligt utifrån eventuellt behov som framkommit vid Handledning till kommunens personal

[20] Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

[21] Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

[22] Överenskommelse med riktlinjer vid begäran om biträde av polis enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård, Landstinget Sörmland och Polismyndigheten i Södermanland i samverkan, 2012-09-10

[23] Samverkan – ett länsgemensamt ansvar. En rapport från LRV/LPT projektet i Eskilstuna kommun om samverkan kring den nya vårdreformen Öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård, 2010-07

			Uppföljning av sjukvårdsinsatser Öppen psykiatrisk tvångsvård
LRV	Ta emot inskrivningsmeddelanden Påbörja en fortlöpande kontakt med Karsudden Utreda och besluta om sociala insatser enligt SoL och LSS Genomföra beslutade insatser som service och omvårdnad t.ex. socialt stöd, boende, sysselsättning. DSK delegerar personal på gruppboende vid ansvarsövertagande	Hälso- och sjukvårdsinsatser Öppen rättspsykiatrisk vård Uppföljning av sjukvårdsinsatser Upprättande av samordnad vårdplan	Hälso- och sjukvårdsinsatser Upprättande av samordnad vårdplan Inskrivningsmeddelande till aktuell kommun inom två månader från inläggning Vårdbehovsprövning Vårdrättsliga frågor Kognitiv utredning under vårdtiden Hälsoutredning och beroendeutredning (ASI) 1 gång/år Funktionsbedömning och social utredning var 6:e månad Psykologisk bedömning och kognitiv utredning, följs upp när så är erforderligt utifrån eventuellt behov som framkommit vid utredning/bedömning Handledning till kommunens personal Öppen rättspsykiatrisk vård Uppföljning av sjukvårdsinsatser

11. Samarbete kring insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

I nationella riktlinjer för olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* samt *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder,* framhålls vikten av samarbete mellan huvudmännen när det

gäller flera av de insatser som rekommenderas. Både landsting och kommun har ansvar för att uppmärksamma hur arbetet med implementering av dessa insatser ska gå till. Av riktlinjerna framgår att Socialstyrelsen förutsätter att huvudmännen samverkar, samordnar och bidrar med kompetens för att kunna erbjuda de rekommenderade åtgärderna.
http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforpsykosocialainsatservidschizofreni
http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder

IPS (Individual- Placement and Support) är en insats som används inom sysselsättningsverksamheter utifrån den evidensbaserade modell som Socialstyrelsen rekommenderar.

ACT (Assertive Community Treatment) tillämpas delvis i samverkan mellan Psykiatri, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Daglig sysselsättning Fenix samt i Träffpunkten Fyren för samvaro och att bryta isoleringen.

I samverkan med Landstingets psykiatri och LSS verksamheten utbildas personal i PPI (psykopedagogisk intervention). Utbildningen har pågått kontinuerligt under 2014. All personal inom kommunal psykiatri har utbildning inom PPI och inleder under hösten 2014, tillsammans med Landstinget/psykiatri, ett PPI team som kommer att handleda intervention för varje enskild familj.

Kommunen erbjuder personer med schizofreni specifikt anpassat stöd i ordinärt boende samt bostad med särskild service med specifikt anpassat stöd och dagliga aktiviteter med individuell målsättning och uppföljning, anpassad målgruppen.

12. Rutiner för samarbete kring enskilda personer

För att samarbetet kring en enskild brukare ska fungera så optimalt som möjligt ska man alltid ta ställning till upprättande av SIP. Kommunen och landstinget har ett delat ansvar för att tillse att en SIP upprättas. Den huvudman som först ser behovet ska påtala detta för den andra huvudmannen.

En grundförutsättning för upprättandet av SIP är den enskilde brukarens godkännande. Om brukaren inte godkänner samverkan mellan kommun och landsting ska huvudmännen gemensamt arbeta på att noga informera den enskilde om fördelarna med en sådan plan.

När det gäller rutiner för samarbete kring enskilda personer i denna överenskommelse gäller de rutiner som framgår i dokument som återfinns på Landstingets Sörmlands hemsida:
http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/13787/slutlig%20och%20p%c3%a5skriven%20SOSFS%202005-27.pdf

http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/4740/Riktlinjerna%20130901%20inkl%20bilagor.pdf

I sammanhanget kan också påminnas om att tydliggöra om det är kommun eller landsting som har hälso- och sjukvårdsansvar i det enskilda fallet eller om bestämmelser kring egenvård ska gälla.

Det finns också skäl att särskilt uppmärksamma både de personer ur målgruppen som har egna barn eller som lever i relation med någon som har barn och det individuella barnet. Rutiner bör utvecklas för hur både den vuxnes och barnets behov ska tillgodoses. Se vidare bestämmelserna i 2 g § HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen.

13. Samarbete kring insatser för sysselsättning och arbetsrehabilitering

Arbete och sysselsättning är viktigt för identiteten och en god livskvalitet. Utgångspunkten är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna arbeta/ha sysselsättning utifrån sina förutsättningar. Förutom ett nära samarbete mellan kommun och landsting, är ett samarbete med arbetsförmedlingen och försäkringskassan en förutsättning för att hitta vägar till meningsfull sysselsättning och/eller till egen försörjning.

Tablå 12.1 *Ansvarsfördelning*

Kommunens ansvar	**Landstingets ansvar**	**Arbets-förmedlingens ansvar**	**Försäkrings-kassans ansvar**
meningsfull sysselsättning, dagligverksamhet och annan kompetenshöjande verksamhet[24] hälso- och sjukvård under vistelsen i sysselsättning eller dagligverksamhet att ge stöd till individen utifrån IPS modellen (Individual Placement and Support)[25], d.v.s. att hitta, få och behålla ett arbete	att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget ska också erbjuda habilitering/rehabilitering samt hjälpmedel[26]	att bedriva arbetsinriktad rehabilitering i form av utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser[27]	att samordna rehabiliterings insatser från olika aktörer för individer med nedsatt arbetsförmåga[28]

14. Samarbete kring hjälpmedel

Ansvarsfördelningen för hjälpmedel är tydligt reglerade i Sörmland. Regelverk och uppgift om upphandlat sortiment finns på Hjälpmedelscentralens hemsida:
http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Funktionsnedsattning/Hjalpmedel/Hjalpmedelsguide/Regelverk/Kostnader-for-hjalpmedel/Kostnadansvar/

[24] Socialtjänstlagen SoL (2001:453) 5 kap. 7
[25] ”Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoacher”, Socialstyrelsen, juli 2012, Artikelnr 2012-8-5
[26] Hälso- och sjukvårdslagen HSL (1982:763) 3 b §
[27] Förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, § 11
[28] ”Samordna rehabiliteringen” Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKL (2011)

Utbildade hjälpmedelsförskrivare finns inom både kommun och landsting, dessa gör behovsbedömningar och föreskriver lämpliga hjälpmedel inom ramen för det sortiment som erbjuds i Sörmland.

15. Samarbete kring kompetens- utvecklings- och forskningsfrågor

Verksamheternas vård och insatser ska ges med en evidens- och kunskapsbaserad utgångspunkt där följande tre delar är lika viktiga;

- brukarens och brukarorganisationernas kunskap
- professionell erfarenhet och yrkeskunskap
- bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap

Fler av de evidensbaserade metoder som rekommenderas i Nationella riktlinjer förutsätter samverkan kring t.ex. utbildning. FoU i Sörmland är en naturlig samverkanspartner och ska ha en tydlig roll i de fall huvudmännen samverkar kring större utvecklings- och forskningsprojekt.

När den ena huvudmannen planerar utbildningsinsatser ska en diskussion föras i aktuell arbetsgrupp kring möjligheten att även involvera den andra huvudmannens personal. Vid behov ska gemensam handledning diskuteras och arrangeras.

16. Former för hur tvister/samarbetsproblem ska lösas

Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om en lösning inte uppnås och flera kommuner berörs tas problemet upp i aktuell lokal arbetsgrupp inom närvård Sörmland. I tredje hand och vid stora principiella frågor tas problemet upp i länsstyrgruppen.

Avvikelser ska hanteras vid minst ett tillfälle i ANP.

17. Uppföljning och revidering av överenskommelsen

Överenskommelsen följs upp årligen, förutsatt att behov av revidering inte påtalas tidigare av någon part. Revidering kan även behövas utifrån förändringar i lagtext, nationella riktlinjer m.m.

Nästkommande uppföljning ska ske hösten2015.

18. Definitioner

Definitioner i enlighet med socialstyrelsens termbank:

funktionshinder	begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen
funktionsnedsättning	nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga

ICF	ICF står för International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).
insats	handling som är inriktad på (visst) resultat.
samarbete	gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift. Samarbete kan ske både på ett organisatoriskt och mellanmänskligt plan. Exempel på ett organisatoriskt samarbete är att två organisationer ordnar och genomför ett gemensamt seminarium. Exempel på ett mellanmänskligt samarbete är när vård- och omsorgspersonal hjälps åt med insatser till den enskilde.
samordning	koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet
samtycke	frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller
samverkan	övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte
Socialtjänst	Med socialtjänst avses i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialtjänst avser även handläggning av ärenden som rör adoptioner, faderskap, vårdnad, boende och umgänge enligt föräldrabalken (1049:381). Termen socialtjänst används i vidare bemärkelse i annan lagstiftning, se t.ex. 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), 2 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567). Socialtjänst bedrivs som kommunal eller enskild verksamhet. Även staten bedriver socialtjänst när vård enligt LVU och LVM genomförs på vårdinstitutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.