

Gnesta kommun

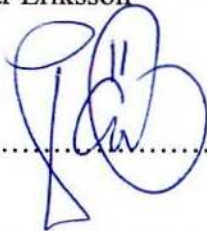
Ink: 2017-09-12

Dnr: .....  
För handläggning: .....

## ÖVERENSKOMMELSE OM SAMARBETE KRING PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONS- NEDSÄTTNINGAR

*Öka individens delaktighet och stödja återhämtnings- processen genom att huvudmännen samordnar sina ansvarsområden för sammanhållna, kunskapsbaserade och individanpassade insatser*

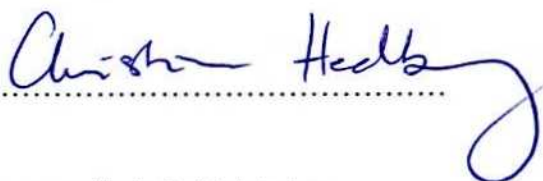
Kommundirektör Eskilstuna  
Pär Eriksson



Kommunchef Flen  
Cecilia Vikström



Kommunchef Gnesta  
Christin Hedberg



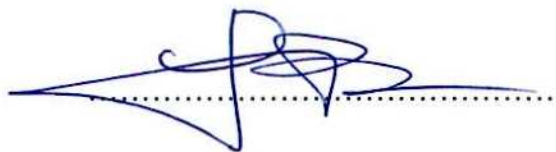
Kommundirektör Nyköping  
Eric Carlgren



Kommunchef Vingåker  
Ralf Hedin



Kommunchef Oxelösund  
Johan Persson



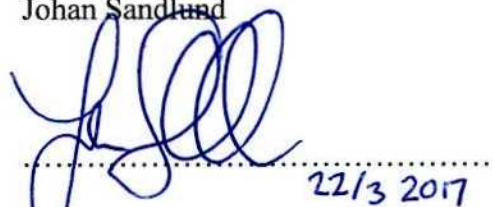
Kommunchef Strängnäs  
~~Per Bäckström~~ Cecilia Vikström



Kommunchef Katrineholm  
Sari Eriksson

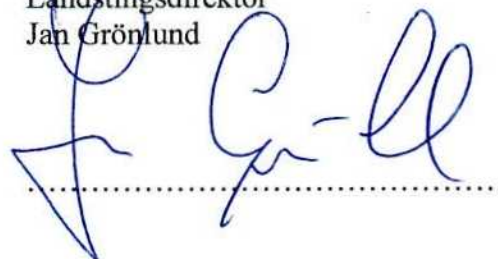


Kommunchef Trosa  
Johan Sandlund



22/3 2017

Landstingsdirektör  
Jan Grönlund



Innehåll	
1. Bakgrund .....	4
2. Lokala överenskommelser .....	4
3. Långsiktig hållbar stödstruktur .....	4
4. Syfte.....	4
5. Målgrupp .....	5
6. Gemensamma mål .....	5
7. Definitioner av begrepp .....	5
8. Brukar-och närståendeorganisationernas inflytande.....	5
9. Insatser av enskilda aktörer .....	6
10. Gemensamma inventeringar av målgruppens behov .....	6
11. Personer med särskilda behov av samarbete.....	7
Barn och ungdomar med sociala problem .....	7
Personer med missbruk .....	7
Äldre .....	7
Nyanlända och asylsökande .....	8
Personer med andra funktionsnedsättningar som t.ex. intellektuell funktionsnedsättning, rörelse/flerfunktionsnedsättning eller syn- och/eller hörselnedsättning .....	8
12. Övriga samarbetsområden .....	8
Stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning utifrån 2 g § HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen .....	8
Stöd till anhöriga och närstående utifrån 5 kap. 10 § SoL .....	9
Samarbete kring personligt ombud.....	9
13. Samarbete kring insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.....	9
14. Rutiner för samarbete kring enskilda personer .....	9
15. Samarbete kring insatser i olika former av boende.....	11
16. Samarbete kring insatser för sysselsättning och arbetsrehabilitering .....	11
17. Samarbete kring hjälpmedel .....	11
18. Samarbete kring kompetens-utvecklings -och forskningsfrågor.....	12
19. Former för hur tvister/samarbetsproblem ska lösas .....	12
21. Avvikelser från denna samarbetsöverenskommelse .....	12
22. Uppföljning och revidering av överenskommelserna .....	12
23. Bilagor .....	12

## 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. I denna överenskommelse, som är ett länsgemensamt dokument utifrån ett uppdrag från länsstyrgruppen för Närvård i Sörmland, ges de grundläggande förutsättningarna för samarbete mellan landstinget och kommunerna i länet. I Sörmland finns redan ett antal överenskommelser om samverkan i olika frågor. En del av dessa är framtagna inom Närvård i Sörmland, andra är utarbetade i andra sammanhang. Vissa av dem har direkta kopplingar till denna överenskommelse och kommer att refereras till i detta dokument. När det i denna överenskommelse hänvisas till landsting och kommun, gäller motsvarande ansvar för de privata vårdgivare som respektive huvudman har avtal med. Denna överenskommelse omfattar även barn och ungdomar i förskola/skola. Närvård i Sörmland finns beskriven på Landstinget Sörmlands hemsida:

<http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/>

## 2. Lokala överenskommelser

Av uppdraget från länsstyrgruppen framgår att det i nästa steg ska fastställas lokala överenskommelser på kommunal nivå. Detta arbete kan ske i de tre länsvisa arbetsgrupperna -arbetsgrupp norra psykiatri, ANP, arbetsgrupp västra psykiatri, AVP, och arbetsgrupp södra psykiatri och funktionsnedsättning, ASPF. I de tre arbetsgrupperna kan sedan vissa frågor behöva avtalas per kommun medan andra kan se likadana ut i de kommuner som ingår i respektive arbetsgrupp. I arbetet med de lokala överenskommelserna behöver representation finnas från arbetsgrupperna för barn (ANB, AVB och ASB), äldre (ANÄ, AVÄ och ASÄ) och funktionsnedsatta (ANF och AVF), så att dessa gruppers behov tillgodoses. En viktig utgångspunkt för arbetet med de lokala överenskommelserna är att innehållet i dessa blir så konkret som möjligt. Frågor kring juridiska aspekter och tekniska lösningar i samband med informationsöverföring är viktiga att beakta i de lokala överenskommelserna. Till stöd för arbetet med de lokala överenskommelserna biläggs en mall med förslag på vilka rubriker som kan ingå i en lokal överenskommelse, se bil. 1.

## 3. Långsiktig hållbar stödstruktur

Utifrån målgruppens behov krävs ett långsiktigt, samordnat arbete i länet. För att få till stånd ett kontinuerligt utvecklingsarbete utifrån t.ex. nationella riktlinjer, men också för andra gemensamma frågor som t.ex. uppföljning och revidering av denna överenskommelse, krävs att huvudmännen tar ett samlat ansvar genom att bidra med ekonomiska resurser. I en långsiktig hållbar stödstruktur är FOU i Sörmland en viktig samverkanspart.

## 4. 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 gemensamt bidra med förebyggande insatser så tidigt som möjligt Att underlätta och stödja brukarnas återhämtningsprocess genom huvudmännens samlade ansvar för sammanhållna, kunskapsbaserade och individanpassade insatser Att minimera risken för att brukaren hamnar i ett ingenmansland mellan huvudmännens ansvarsområden

JP 6 SK  
 22

## 5. Målgrupp

Överenskommelsen omfattar personer med psykiska funktionsnedsättningar, oavsett ålder. Verksamheter inom hälso-och sjukvård och socialtjänst för personer med missbruksproblematik, men utan psykiska funktionsnedsättningar, omfattas inte av överenskommelsen. Nationell psykiatrisamordning definierade 2006 begreppet psykiskt funktionshinder. 2007 anpassades Socialstyrelsens termbank utifrån att Terminologirådet vid Socialstyrelsen beslutat att förändra definitionen av termen funktionsnedsättning, se vidare i Socialstyrelsens termbank. 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 en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen. För en utförlig genomgång av definition och avgränsning av målgruppen, se vidare "Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning", bil. 1, sid. 24-34. Även om målgruppen för denna överenskommelse är personer med psykiska funktionsnedsättningar, är det inte uteslutet att målgruppen under vissa omständigheter kan utvidgas och även omfatta personer med mindre omfattande psykisk ohälsa.

## 6. Gemensamma mål

Samarbetet mellan huvudmännen ska tillgodose den enskildes behov av hälso-och sjukvård, re/habilitering och stöd. Genom ett effektivt samarbete kan brukaren och/eller närstående, när det behövs, avlastas från den ibland svåra uppgiften att själva hitta rätt i vård-och stödapparaten. Detta gäller samarbetet mellan huvudmännen såväl som inom respektive huvudmäns organisationer. Samarbetet ska bygga på ett gemensamt förhållningssätt som i grunden utgår från individens mänskliga rättigheter. Samarbetet ska bygga på en ömsesidig respekt för och god kännedom om huvudmännens respektive ansvars-och kompetensområden. I de lokala överenskommelserna är det viktigt att utifrån ovanstående övergripande gemensamma mål, formulera konkreta mål som är uppföljningsbara. Dessa kan med fördel utgå från de indikatorer för god vård och omsorg inom hälso-och sjukvården och socialtjänsten som finns att tillgå på Socialstyrelsens hemsida:

<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering>  
respektive:

<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten>

## 7. Definitioner av begrepp

För definitioner av aktuella begrepp, hänvisas till Socialstyrelsens termbank.

## 8. Brukar-och närståendeorganisationernas inflytande

Organisationer som företräder personer med psykiska funktionsnedsättningar eller deras närstående lyfts särskilt fram i de nya paragraferna i HSL och SoL, som ligger till grund för denna överenskommelse. Brukar-och närståendeorganisationerna bör ses som naturliga parter i samverkansprocessen mellan landsting och kommun liksom i respektive organisationers interna arbete. Representanterna för organisationerna har unika och viktiga erfarenheter och kunskaper som bör tas tillvara på ett systematiskt sätt inom verksamheterna. I närvård Sörmland är organisationerna företrädda av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, som har utsett representanter till ANP, AVP och ASPF samt till arbetsgruppen som utarbetat underlaget till denna överenskommelse. I arbetsgrupp norra funktionshindrade, ANF, representeras brukar-och anhörigorganisationerna av Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning,

8  
EC  
OE

FUB andra organisationer. För att ytterligare stärka inflytandet kan länsstyrgruppen, och på sikt även Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV ge organisationerna möjlighet att lämna synpunkter då frågor som rör organisationerna ska diskuteras. En sådan möjlighet kan också ges då det är av vikt för länsstyrgruppen respektive NSV att ta del av organisationernas kunskaper och erfarenheter. De tre parterna, länsstyrgruppen, NSV och NSPH, kan alla ta initiativ till att denna samverkan sker. Organisationernas roll är en naturlig del i det fortsatta arbetet med utvärdering och uppföljning av denna överenskommelse. En överenskommelse har också slutits mellan de vuxenpsykiatriska klinikerna i Sörmland och NSPH, där NSPH kommer att fungera som ett övergripande Brukar- och närstående råd för de båda klinikerna. Organisationerna finns även representerade i Rådet för funktionshinderfrågor och lokala handikappråd. I dessa konstellationer ryms dock ett stort antal föreningar, vars intressen inte alltid sammanfaller. Det kan bl.a. innebära att utrymmet för de egna frågorna riskerar att bli marginellt. Av den anledningen är det viktigt att NSPH lyfts fram och får en särställning i sammanhang som rör samverkan när det gäller viktiga frågor som rör deras målgrupper.

## 9. Insatser av enskilda aktörer

Barn och vuxna som får frivilliga 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. Detta innebär att landstinget ska ta kontakt med kommunen innan landstinget tar en diskussion med brukaren om en eventuell placering. Vid behov bör huvudmännen stödja, motivera och hjälpa den enskilde att göra en sådan ansökan. Båda huvudmännen har ett gemensamt ansvar för planering inför en sådan vistelse 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.

Om parterna inte kommer överens om kostnadsfördelningen hänskjuts frågan primärt till respektive chef och i nästa steg till aktuell lokal arbetsgrupp i Närvård Sörmland. Principiella frågeställningar kan lyftas till länsstyrgruppen. En sådan principiell fråga kan vara vem som ska betala för kostnaden till dess frågan lösts i den lokala arbetsgruppen med tanke på att placering kan behöva ske trots att frågan om kostnadsansvar kvarstår, se vidare avsnitt 19.

## 10. Gemensamma inventeringar av målgruppens behov

Med tanke på att personer ur målgruppen för denna överenskommelse ofta har behov av samtida och samordnade insatser från båda huvudmännen, behöver målgruppens behov kartläggas gemensamt. Socialstyrelsen har tagit fram ett inventeringsinstrument som publicerades i januari 2012, "Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning", bil. 1, som underlättar denna gemensamma behovsinventering. Av texten framgår:

*"Att kommun och landsting skaffar sig en gemensam bild av målgruppen och dess behov är viktigt för att de ska kunna planera sin verksamhet, kunna samarbeta på ett bättre sätt och nå en ökad samsyn. Regelbundna inventeringar skapar möjligheter att bygga upp och följa en verksamhet som motsvarar målgruppens behov"* (s. 10). Socialstyrelsen betonar i sammanhanget att brukar- och anhörigorganisationerna på olika sätt kan delta i inventeringen och när det gäller att tolka och analysera resultatet. Socialstyrelsen menar att inventeringen får minskad legitimitet utan deras medverkan. Med regelbundna inventeringar avses ett tidsintervall på tre till fyra år, förutsatt att inga drastiska förändringar sker i befolkningen (se vidare s. 67 i Socialstyrelsens

OK  
IK  
EL

inventeringsinstrument). Sveriges kommuner och landsting, SKL, utarbetade 2015 en förkortad version av delar av instrumentet, bil. 2. Inventeringar bör ske samordnat i länet. Länsstyrgruppen avgör när nästkommande inventering ska ske och vilka resurser som behövs för uppdraget. Därefter får Beredningsgrupp Psykiatri, BGP, uppdraget att genomföra inventeringarna.

## 11. Personer med särskilda behov av samarbete

Exempel på grupper med särskilda behov av samverkan är personer ur målgruppen som lever under speciella livsomständigheter eller som har speciella behov. I de lokala överenskommelserna kan sådana grupper komma att lyftas fram beroende på de aktuella behov som föreligger i den aktuella länsdelen och/eller kommunen. Även om överenskommelsen omfattar alla personer i målgruppen finns skäl att i denna länsövergripande överenskommelse särskilt beakta följande grupper:

### Barn och ungdomar med sociala problem

Barn och ungdomar med psykiska och sociala problem samtidigt är ofta i behov av insatser från flera huvudmän parallellt. Samordnad planering, som bör komma i fråga så tidigt som möjligt, behövs bl.a. då ansvar övergår mellan huvudmän, då medicinska och sociala insatser initieras, pågår samtidigt, förändras eller avslutas. Planeringen ska utgå från barnets eller ungdomens behov och förmåga. I alla överväganden som rör ett enskilt barn ska barnet ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad. Barnkonventionen och principen om barnets bästa ska följas.

### Personer med missbruk

I flera utredningar, studier och tillsynsrapporter har betydande brister påvisats i samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och beroendevård. Det framkommer att personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk inte får tillgång till vård- och stödinsatser som är behovsanpassade, samordnade och kunskapsbaserade. För dessa personer är det viktigt att behandlingen för de båda problemen sker samtidigt och i samordnade former. I Sörmland finns riktlinjer för samverkan inom missbruks- och beroendevården. På sidan 8 i dessa riktlinjer framgår att de också inbegriper "Individer med missbruk och samtidig långvarig psykiatrisk och eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)". De rutiner som framgår av riktlinjerna gäller även för den nu aktuella överenskommelsen, se bil. 3.

### Äldre

Äldre med psykisk ohälsa har ofta sammansatta somatiska och psykiatriska symtom som ibland kan vara svåra att särskilja från varandra. Åldrandet i sig innebär en tilltagande skörhet som kan medföra försämrade funktionsförmåga, minskad autonomi och en ökad risk för att drabbas av såväl somatiska som psykiatriska sjukdomar. Psykosociala faktorer som exempelvis förlust av partner och nära vänner liksom en oro för en försämrade ekonomisk situation kan också öka risken för psykisk ohälsa. Hög grad av somatisk multisjuklighet bidrar till att symtombilden är komplex och svårvärderad. Det är också känt att äldre med långvarig psykisk sjukdom har en eftersatt somatisk hälsa. Äldres psykiska ohälsa är ett område som befinner sig mellan psykiatri, geriatrik, kommunernas äldreomsorg, kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar och primärvård utan att någon tar ett samlat ansvar. Såväl utredning, behandling som uppföljning inom vård och omsorg av äldre kräver multidisciplinärt samarbete. Området är eftersatt och det finns en uppenbar risk att äldre med psykisk ohälsa inte omfattas av samverkansöverenskommelser inom det psykiatriska området utan hänvisas till äldreomsorgen. I sammanhanget kan nämnas att det för personer med demenssjukdom finns länsgemensamma riktlinjer för vård och omsorg i Sörmland:

<http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Demens/>

6-22  
BEE

För läkemedelsbehandling av äldre, se "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre" på Socialstyrelsens hemsida:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-29>

Mot bakgrund av ovanstående är det viktigt att äldre får tillgång till en samlad kompetens som innefattar insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samverkan mellan huvudmännen inom dessa områden, liksom mellan olika slutenvårdsspecialiteter och mellan slutenvård/primärvård inom landstinget bör därför särskilt uppmärksammas i de lokala överenskommelserna.

### **Nyanlända och asylsökande**

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. Transkulturellt centrum i Stockholm kan bidra med kunskap i ämnet och utgöra en resurs i arbetet med de lokala överenskommelserna. Det finns också möjlighet för personal i länet att gå deras utbildningar:

### **Personer med andra funktionsnedsättningar som t.ex. intellektuell funktionsnedsättning, rörelse/ flerfunktionsnedsättning eller syn- och/eller hörselnedsättning.**

Personer med olika typer av varaktiga funktionsnedsättningar löper ökad risk att utveckla psykisk ohälsa, se slutrapport "Onödig ohälsa", Handisam 2010:

<http://www.mfd.se/publikationer/rapporter/en-god-halsa-for-hela-befolkningen-slutrapport-onodig-ohalsa/>

Förändringar i beteende och beteendeavvikelser, som kan vara symtom på sjukdom eller ohälsa, tolkas ofta som en del av funktionsnedsättningen. Detta måste särskilt uppmärksammas så att inte sjukdom, ohälsa och/eller omgivningsfaktorer leder till ett försämrat mående.

Kompetensutveckling, kunskapsöverföring och samverkan behöver ske, för att på bästa möjliga sätt kunna möta behov hos målgruppen.

## **12. Övriga samarbetsområden**

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

Även om ovanstående lagstiftning rör hälso- och sjukvården och dess personal, ska de lokala överenskommelserna ha 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.



## Stöd till anhöriga och närstående utifrån 5 kap. 10 § SoL

Många anhöriga har en långvarig kontakt med både hälso-och sjukvården och socialtjänsten. Även om det saknas en motsvarighet i HSL till skrivningen i 5 kap. 10 § SoL, är socialtjänsten i sitt arbete beroende av att även sjukvården är intresserad av att samverka i anhörigfrågor. Det är därför angeläget att utveckla samarbetet mellan landstinget och kommunen beträffande stöd till anhöriga. I detta arbete är NSPH en viktig samarbetspartner liksom kommunernas anhörigkonsulenter.

## Samarbete kring personligt ombud

I alla länets kommuner utom i Vingåker, finns tillgång till personligt ombud. Av Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 5/2011 "Statsbidrag till kommuner som inrättat verksamhet med personliga ombud till vissa personer med psykisk funktionsnedsättning", bil. 4, framgår att för att funktionen ska vara framgångsrik behövs en väl fungerande samverkan mellan de huvudmän som lokalt ansvarar för insatser och rehabilitering samt med brukar-och anhörigorganisationerna. Eftersom ombuden inte bara har ett individuellt perspektiv utan också ser systemfel är de viktiga informatörer för de ansvariga huvudmännens arbete för utveckling av kvaliteten i de egna verksamheterna såväl som i deras samarbete kring målgruppen.

## 13. Samarbete kring insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

I nationella riktlinjer för olika områden inom hälso-och sjukvård och socialtjänst 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. Ett naturligt forum för dessa diskussioner är länsstyrgruppen och länsdelarnas olika arbetsgrupper, beroende på vilka riktlinjer det rör sig om.

## 14. Rutiner för samarbete kring enskilda personer

När den enskilde har behov av insatser både från hälso-och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål (3 f § HSL).

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso-och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål (2 kap. 7§ SoL).

I Sörmland har förskola och skola samma rättigheter/skyldigheter när det gäller SIP som socialtjänsten och hälso- och sjukvården trots att lagstiftning när det gäller SIP inte återfinns i skollagen.

Av texten i lagstiftningen framgår också att det av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Planen ska när det

är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

I de lokala rutinerna kring enskilda bör arbetsgrupperna bevaka att intentionerna i denna bestämmelse återfinns. Bestämmelser om individuell plan återfinns också i 10 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

När det behövs stöd och hjälp från både socialtjänst och hälso-och sjukvård har man rätt att få stöd stödet samordnat i individuell plan (SIP). Planen utformas tillsammans med den enskilde, närstående och professionella vid ett samverkansmöte. Det behövs därför ett samtycke till planen. Samarbete med stöd av SIP:en ersätter aldrig anmälan till socialtjänsten om den som kallar till SIP är orolig för att barn far illa. enl. 11 kap. 1 och 1 a §§ SoL.

Om socialtjänstens myndighetsutövare ska kallas till SIP kring en person som ännu inte har pågående insatser därifrån bör särskild hänsyn tas till socialtjänstens skyldighet att göra förhandsbedömning innan en gemensam planering kan genomföras.

Lagen ställer inget krav på att den enskilde ska vara känd hos verksamheten eller att biståndsbedömning ska ha gjorts innan kallelse till samordning. Det är behovet av insatser och samordning som avgör vilka som ska kallas till mötet.

Inom Närvård i Sörmland har överenskommelser träffats för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvården enligt SOSFS 2005:27, och för samverkan av insatser för habilitering och rehabilitering enligt SOSFS 2007:10/2008:20. Den senare har tillsammans med bestämmelserna om individuell plan utifrån HSL och SoL sammanförts i en gemensam riktlinje. När det gäller rutiner för samarbete kring enskilda personer i denna överenskommelse gäller de rutiner som framgår i nyss nämnda dokument, som återfinns på Landstingets Sörmlands hemsida: <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Vardplanering-och-informationsoverforing1/>

I lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och i lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, och i SOSFS 2008:18, finns bestämmelser om samordnad vårdplan. I propositionen 2007/08:70 "Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården", som syftar på bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, understryker regeringen att den nya vårdformen förutsätter att hälso-och sjukvården samverkar med socialtjänsten för att ge varje patient den vård och det stöd som han eller hon behöver (s. 77). I de lokala överenskommelserna bör rutiner kring samordnad planering för personer som vårdas enligt LPT och LRV få en framskjuten plats.

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. I de lokala överenskommelserna bör rutiner tas fram för hur både den vuxnes och barnets behov ska tillgodoses. Se vidare bestämmelserna i 2 g § HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen.

Ovan nämnda överenskommelser och bestämmelser kan i de lokala överenskommelserna sammanfattas i en övergripande rutin. Regeringen framhåller i propositionen 2008/09:193 s. 19 f., apropå syftet med införandet av bestämmelsen om individuell plan, att om det redan finns en plan, antingen på grund av en annan bestämmelse eller på frivillig grund, behövs ingen ny plan så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

Handwritten initials and marks in the bottom right corner, including a large 'A' and other illegible scribbles.

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 skall gälla.

## 15. Samarbete kring insatser i olika former av boende

I Sörmland finns ett fåtal boendeverksamheter som drivs gemensamt av huvudmännen. Ansvaret och kostnadsfördelningen för dessa verksamheter är reglerade i avtal. Detta är en viktig förutsättning för driften och kvaliteten i verksamheterna. Om behov uppstår av fler gemensamt drivna boendeverksamheter, vilket kan visa sig i de gemensamma inventeringarna av målgruppens behov, krävs en noggrann gemensam planering inte minst i samverkan med representanter för brukar-och anhörigorganisationerna. En sådan planering kan göras i den eller de länsvisa arbetsgrupper (ANP, AVP och ASPF) där ett behov uppstått av en gemensam verksamhet. I detta sammanhang kan personer ur målgruppen uppmärksammas som vistas i enskild verksamhet både i den egna kommunen eller i andra kommuner. Det rör sig inte sällan om långa placeringar i en boendeform som inte går att jämställa med särskilt boende enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. En gemensamt driven verksamhet kan för personer ur denna grupp eventuellt vara en lösning. Se också avsnitt 9.

## 16. Samarbete kring insatser för sysselsättning och arbetsrehabilitering

För att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till meningsfull sysselsättning och aktiv arbetsrehabilitering som kan leda till utbildning och/eller arbete krävs samarbete inte bara mellan landsting och kommun utan också med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Ett sådant samarbete finns inom ramen för Samordningsförbundet RAR i Sörmland, där personer med psykiska funktionsnedsättningar är en av flera målgrupper. Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har tillsammans publicerat "Samordna rehabiliteringen – Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.", bil. 5. I denna skrift framhålls att:

*"För att enskilda personer ska få tillgång till det sammansatta stöd de behöver för att kunna skaffa och behålla ett arbete krävs en utveckling av formerna för en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering på lokal nivå. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) anser därför att det finns behov av att stödja denna utveckling. Ett gemensamt mål är att målgruppens anknytning till arbetslivet ska förstärkas"* (sid. 6). Denna skrift, som bl.a. ger en samlad bild av huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser på rehabiliteringsområdet, kan utgöra ett stöd för arbetet med överenskommelserna om samarbetet på lokal nivå.

## 17. Samarbete kring hjälpmedel

Ansvarsfördelningen för hjälpmedel är tydligt reglerad i Sörmland. Regelverk och uppgift om upphandlat sortiment finns på 1177 och på Hjälpmedelscentralens hemsida:

<http://www.1177.se/Sormland/Tema/Hjalpmedel/>

<http://www.landstingetsormland.se/funktionshinder/Hjalpmedel/For-dig-som-brukare/>

Utbildade hjälpmedelsförskrivare finns inom både kommun och landsting, dessa gör behovsbedömning och förskriver lämpligt hjälpmedel inom ramen för det sortiment som erbjuds i Sörmland. Utvecklingen av hjälpmedel inom det kognitiva området är snabb och kräver återkommande utbildningsinsatser till förskrivare. Den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV, fattar beslut om hjälpmedelsfrågor.

## 18. Samarbete kring kompetens-utvecklings -och forskningsfrågor

Ett viktigt område för utveckling av samverkan är gemensamma utbildningssatsningar. Man har med sådana satsningar bl.a. möjlighet att uppnå respekt och förståelse för varandras kunskap och uppdrag. Samverkan stärks av en större samsyn kring synen på bl.a. sjukdom, funktionsnedsättning, autonomi, bemötande, hur erfarenheter från brukare och anhöriga kan tas tillvara och hur deras inflytande kan förstärkas. Flera av de evidensbaserade metoder som rekommenderas i Nationella riktlinjer förutsätter samverkan kring t.ex. utbildning. Stora vinster kan också uppnås om huvudmännen samverkar kring större utvecklings-och forskningsprojekt. Detta kan ske på länsdelsnivå och/eller länsnivå på initiativ av arbetsgrupperna och/eller länsstyrgruppen. FoU i Sörmland är en naturlig samverkanspartner och ska ha en tydlig roll i detta sammanhang.

## 19. 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 i Sörmland. I tredje hand och vid stora principiella frågor tas problemet upp i länsstyrgruppen.

## 21. Avvikelser från denna samarbetsöverenskommelse

Avvikelser tas i första hand upp på lokal chefsnivå. Om dessa inte behandlas tas frågan upp i aktuell arbetsgrupp inom närvården. I tredje hand tas frågan upp i länsstyrgruppen.

## 22. Uppföljning och revidering av överenskommelserna

Länsstyrgruppen har ansvar för att uppföljning och revidering genomförs efter att sådant behov har påtalats av någondera parten, dock senast 2016. Lämpligt tidsintervall för uppföljning av de lokala överenskommelserna är vartannat år, förutsatt att behov av revidering inte påtalats tidigare av någon part. Revidering kan också behövas utifrån förändringar i lagtext, nationella riktlinjer m.m.

## 23. Bilagor

- Bil. 1 Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-34>
- Bil. 2 SKLs inventeringsformulär  
<https://skl.se/halsasjukvard/psyiskhalsa/overenskommelsenpsyiskhalsa/behovsinventeringformular.5122.html>
- Bil. 3 Riktlinjer för samverkan inom missbruks-och beroendevården  
<http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Arbetsomraden/Missbruks--och-beroendevard/>
- Bil. 4 Meddelandeblad nr. 5/2011  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-30>
- Bil. 5 Samordna rehabiliteringen – Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-5-2>

Gnesta kommun

Ink: 2017 -09- 12

Dnr: .....  
För handläggning: .....

## Samverkansriktlinjer

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

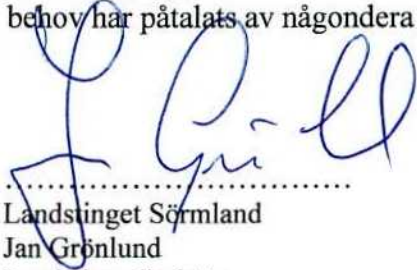
### GEMENSAM INDIVIDUELL PLANERING, SIP, MELLAN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALTJÄNST, FÖRSKOLA OCH SKOLA SAMT SAMORDNING AV INSATSER FÖR HABILITERING OCH REHABILITERING I SÖRMLAND

- Varje individ ses som en unik person med individuella förutsättningar, vilket ställer krav på flexibel planering och mångfald i insatserna.
- Det finns kontinuitet när det gäller personal, metoder, struktur och information
- Olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra i tur och ordning, vilket förutsätter gränsöverskridande samverkan.

Riktlinjerna för individuell planering och samordning av re/habilitering i Sörmland har antagits i augusti 2013.

Revidering av denna riktlinje gjord september 2016.

Länsstyrgruppen för närvård i Sörmland ansvarar för att revidering genomförs efter att sådant behov har påtalats av någondera parten.



.....  
Landstinget Sörmland  
Jan Grönlund  
Landstingsdirektör



.....  
Eskilstuna kommun  
Pär Eriksson  
Kommundirektör



.....  
Flens kommun  
Cecilia Wikström  
Kommunchef



.....  
Gnesta kommun  
Christina Hedberg  
Kommunchef




.....  
Katrineholms kommun  
Sari Eriksson  
Kommunchef



.....  
Nyköpings kommun  
Erik Carlgren  
Kommundirektör



.....  
Oxelösunds kommun  
Johan Persson  
Kommunchef



.....  
Strängnäs kommun  
~~Per Bäckström~~ Cecilia Wikström  
Kommunchef



.....  
Trosa kommun  
Johan Sandlund  
Kommunchef

22/3 2017



.....  
Vingåkers kommun  
Ralf Hedin  
Kommunchef

## Gemensamma riktlinjer för kommunerna och landstinget i Sörmland för tillämpning av individuell plan, "SIP"

### Bakgrund

Dessa riktlinjer är utarbetade och beslutade gemensamt av länets kommuner och Landstinget Sörmland. Samråd har skett med NSPH, Länshandikapprådet och företrädare för berörda verksamheter.

Denna överenskommelse är en övergripande riktlinje för samordning av insatser med utgångspunkt från 3 f HSL, 2 kap. 7 § SoL, samt Socialstyrelsens föreskrift om "Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering" (SOSFS 2007:10/2008:20).

Överenskommelsen kan i tillämpliga delar även användas då individuell plan upprättas enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, SOSFS 2005:27 och i enlighet med SKL-cirkulär 2009:66.

Syftet med riktlinjerna är att tydliggöra tillvägagångssättet vid samordning för alla som har behov av en SIP, oavsett ålder och oavsett typ eller grad av behov, problem eller svårighet.

I Sörmland har förskola och skola samma rättigheter/skyldigheter när det gäller SIP som socialtjänsten och hälso- och sjukvården trots att lagstiftning när det gäller SIP inte återfinns i skollagen.

Målsättningen är att säkerställa att individer som har behov av en SIP erbjuds det, grundat på en helhetssyn på individens behov. Den individuella planen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller dennes vårdnadshavare/företrädare och klargöra det samlade behovet av insatser och vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Riktlinjerna ska tillämpas vid planering och uppföljning av insatser för den enskilde.

I de fall det i den följande texten står "enskild" gäller det också vårdnadshavare då den enskilde är ett barn. När det i den följande texten står "kommun" innefattas också förskola och skola.

### Definitioner

#### Habilitering

Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

#### Insats

Handling som är inriktad på visst resultat.

#### Plan för samordning

Individuell plan, SIP, som följer den enskilde över huvudmannaskapsgränserna.

#### Rehabilitering

Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

SE

**Samtycke**

Samordning av insatserna kan endast ske om individen lämnar sitt samtycke. Ett samtycke ska vara individuellt och frivilligt. För att samtycke ska anses ha lämnats måste den enskilde förstå innebörden av samtycket.

**Målgrupp**

3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL: Alla som har behov av en SIP, oavsett ålder och oavsett typ eller grad av behov, problem eller svårighet.

SOSFS 2007:10/2008:20: Personer oavsett ålder med omfattande och långvariga samtida behov från olika huvudmän vars arbete regleras av:

- ✓ Hälso- och sjukvårdslagen
- ✓ Socialtjänstlagen
- ✓ Tandvårdslagen
- ✓ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

**När ska en SIP erbjudas**

En SIP ska upprättas när det finns behov av en sådan. Bedömningen av behovet ska göras i varje enskilt fall. Behovet av en SIP avgörs utifrån pågående insatser, behov av ytterligare insatser samt behov av samordning.

Den av huvudmännen som först bedömer att samordnade insatser behövs är ansvarig för att kontakta den andra huvudmannen för att påtala behovet av att skyndsamt upprätta en SIP. Skyndsamt innebär i normalfallet att den första kontakten mellan landsting och kommun ska tas inom några dagar från det att behovet identifierats. Tiden måste dock anpassas efter den enskildes behov, vilket innebär att det ibland kan vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.

Ett exempel är när en insats förutsätter att en annan insats har genomförts, som när en individ har sociala insatser men inte kan utnyttja dessa om han/hon inte får rehabiliteringsinsatser samtidigt.

Insatserna kan t.ex. vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och bör kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Behovet av en SIP kan vara särskilt stort när personer med behov av omfattande och långvariga insatser står inför förändringar av sin livssituation. Det kan exempelvis vara vid övergångar mellan vårdformer, vårdnivåer och skolformer samt mellan huvudmännen.

Om det redan finns en plan, antingen på grund av en annan bestämmelse eller på frivillig grund, behövs ingen ny plan så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

**Vem initierar en SIP**

Landsting eller kommun ska initiera en SIP när någon av parterna bedömer att ett sådant behov finns. Det är huvudmännen som getts ansvaret att bedöma om en SIP behövs. Den enskilde och/eller närstående kan också initiera att en samordnad plan upprättas. När det gäller närståendes roll kan de ges denna möjlighet om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Skyldigheten för kommun och landsting att upprätta SIP är långtgående och det bör endast vara i undantagsfall som den enskilde och/eller



närstående nekas en sådan om de anser att den behövs. Om den enskilde skulle nekas SIP ska detta antecknas i journalen.

Det webbaserade verktyget "Prator" ska i första hand användas.

### Vem kallar till SIP

Den av huvudmännen som uppmärksammar behovet först ska kalla till en SIP om den enskilde samtycker till det. Om den enskilde tackar nej, bör en dialog påbörjas om fördelarna med att arbeta med en individuell plan. Om den enskilde fortfarande tackar nej, ska detta dokumenteras.

I Sörmland har förskola och skola samma rättigheter/skyldigheter när det gäller SIP som socialtjänsten och hälso- och sjukvården trots att lagstiftning när det gäller SIP inte återfinns i skollagen.

När det behövs stöd och hjälp från både socialtjänst och hälso-och sjukvård har man rätt att få stödet samordnat i individuell plan (SIP). Planen utformas tillsammans med den enskilde, närstående och professionella vid ett samverkansmöte. Det behövs därför ett samtycke till planen. Samarbete med stöd av SIP:en ersätter aldrig anmälan till socialtjänsten om den som kallar till SIP är orolig för att barn far illa. enl. 11 kap. 1 och 1 a §§ SoL.

Om socialtjänstens myndighetsutövare ska kallas till SIP kring en person som ännu inte har pågående insatser därifrån bör särskild hänsyn tas till socialtjänstens skyldighet att göra förhandsbedömning innan en gemensam planering kan genomföras.

Särskild hänsyn bör även tas vid kallelse till annan verksamhet där den enskilde ännu inte har pågående insatser. Verksamheten kan behöva möjlighet att träffa den enskilde innan mötet. I kallelsen ska det tydligt framgå syftet med mötet och vad verksamheterna förväntas bidra med i planeringen.

### Planering av mötet

Planering ska genomföras tillsammans med den enskilde och med respekt för dennes självbestämmande och integritet. Om det är lämpligt och den enskilde samtycker kan även närstående delta i planeringen.

### Vilka deltar vid en SIP

Lagen ställer inget krav på att den enskilde ska vara känd hos verksamheten eller att biståndsbedömning ska ha gjorts innan kallelse till samordning. Det är behovet av insatser och samordning som avgör vilka som ska kallas till mötet.

Den enskilde och/eller närstående samt den personal från berörda verksamheter som behövs för att genomföra beslutade insatser och/eller diskutera lämpliga insatser ska kallas till att medverka i planeringen. Om den enskilde samtycker kan även andra aktuella aktörer, förutom landsting och kommun, kallas till mötet.

Den som nås av kallelsen är skyldig att bekräfta kallelsen och att delta i mötet. När det är lämpligt kan ansvarig personal inhämta uppgifter och representera varandra.

Utifrån barnets bästa, ålder, mognad och utveckling ska även barn ges möjlighet att delta aktivt.

**Vem har det övergripande ansvaret för planen**

En namngiven person med anställning hos någon av berörda verksamheter ska vid mötet utses för samordningen, här kallad samordnaren. Samordnaren behöver inte vara samma person som den som initierat samordningsmötet.

Vem som ska vara samordnare bör avgöras utifrån den enskildes önskemål och behov, insatsernas karaktär och vem som har regelbunden kontakt med den enskilde. Andra viktiga kriterier är kompetens om den egna och andra verksamheters ansvar och uppdrag liksom personlig lämplighet.

**Vilka är samordnarens huvuduppgifter**

Att samordna de pågående insatserna i en plan i dialog med den enskilde och berörd personal.

Detta innebär:

- att ta initiativ till att en SIP upprättas gemensamt, följs upp och vid behov revideras
- att vara kontaktperson för den enskilde och dennes närstående och vara deras vägledare till berörd verksamhet

Samordnaren ansvarar inte för insatser som ligger inom annan aktörs ansvarsområde.

**Vad ska planen innehålla**

- Uppgifter om den enskildes behov, förutsättningar och intressen
- Mål för de samordnade insatserna, formulerade både av den enskilde och av de professionella deltagarna
- Planerade och beslutade insatser
- Den enskildes eget ansvar inklusive egenvård
- Uppgifter om vilka verksamheter och vilken personal som ska ansvara för och genomföra insatserna
- Åtgärder som vidtas av andra än landsting och kommun
- Strategier för åtgärder om den individuella planen inte följs
- En tidplan för samordning av insatserna
- Samordnarens kontaktuppgifter
- Uppgift om vad som ska följas upp respektive utvärderas samt när detta ska ske

**Hur ska en SIP dokumenteras**

Den upprättade planen lämnas till den enskilde och övriga deltagare. Respektive verksamhet dokumenterar enligt gällande lagstiftning.

Det webbaserade verktyget "Prator" ska i första hand användas för den gemensamma dokumentationen.

**Uppföljning och utvärdering**

Den ansvarige för planen svarar för att planen följs upp och att de uppsatta målen utvärderas på det sätt som bestämdes på samordningsmötet. Den enskildes behov av insatser kan vara livslånga och behoven förändras över tid. Om det uppstår förändrade behov hos den enskilde ska planen uppdateras. Samordningen pågår så länge insatser behöver samordnas och så länge den enskilde ger sitt samtycke.

**Avvikelser**

Avvikelser hanteras i första hand utifrån rutiner för avvikelshantering. Om frågor/tvister mellan huvudmännen inte kan lösas gäller det som framgår av den länsövergripande överenskommelsen om samarbete mellan landsting och kommun kring personer med psykiska funktionsnedsättningar: "Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om en lösning inte uppnås och flera kommuner berörs tas problemet upp i aktuell arbetsgrupp inom närvård i Sörmland. I tredje hand och vid stora principiella frågor tas problemet upp i länsstygruppen.

Handwritten initials and a checkmark in the bottom right corner.

**Implementering**

Respektive huvudman för de olika verksamheterna ansvarar för att detta samverkansdokument är känt av all berörd personal.

**Bilagor**

- Lathund för SIP-möte
- Mall för kallelse till SIP-möte
- Blankett för SIP

EL  
A PISE