
Meddelandeblad

Mottagare: Kommuner, Landsting,
Brukarorganisationer, huvudmän
för enskilda verksamheter m.fl.

Nr 1/2010
Maj 2010

Överenskommelser om samarbete

Syfte

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

I Socialstyrelsens kontakter med landsting och kommuner har det framkommit att det finns behov av information om hur de nya bestämmelserna om övergripande samverkan förhåller sig till andra bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun. I meddelandebladet ges information om detta.

Meddelandebladet bygger på regeringens proposition 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.* Dessutom återges valda delar ur slutbetänkandet *Ambition och ansvar* av Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006:100.

Innehåll

I meddelandebladet ges vägledning kring följande områden:

- nya regler
- samverkansbegreppet
- landstingens och kommunernas ansvar
- brukarorganisationernas inflytande
- grupper med särskilda behov av samverkan
- överenskommelsernas innehåll
- övriga bestämmelser om samverkan mellan kommuner och landsting.

I texten används begreppet personer med psykiska funktionsnedsättningar när målgruppen avses, förutom i direkta citat. Detta begrepp används i stället för begreppet personer med psykiska funktionshinder. Definitionen av begreppet utgår ifrån den som Nationell psykiatrisamordning förtydligat (*Ambition och ansvar*, avsnitt 7 och Rapport 2006:5 från nationell psykiatrisamordning).

När det gäller överenskommelserna om samverkan anges inga åldersgränser, utan kraven på samordning gäller även insatser till barn (0-18 år) och äldre (65+).

Även om skyldigheten i detta sammanhang begränsas till en definierad målgrupp finns inga hinder för landsting och kommuner att även ingå överenskommelser för andra grupper som behöver samplanerade insatser (prop. 2008/09:193 s. 15).

”Brukare” används som begrepp för att benämna enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Nya regler

Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och i socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

”Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.” 8 a § HSL, (ändrad genom SFS 2009:979).

”Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.” 5 kap. 8 a § SoL, (ändrad genom SFS 2009:981).

De nya bestämmelserna tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området. De innebär att det ställs krav på kommuner och landsting att ingå formaliserade, övergripande överenskommelser.

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning

”krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna”(prop. 2008/09:193 s. 14).

Lagstiftaren avstod från att föra in detaljerade bestämmelser i lagen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning om innehållet i överenskommelserna.

Samverkan, samarbete och samordning

Behov av samverkan

Många brukare behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och ofta även från andra myndigheter och aktörer, för sin återhämtning och re/habilitering.

När det gäller barn och unga är även samverkan med skolan i dess olika former viktig (Kraften av samverkan – om samverkan kring barn och unga som får illa eller riskerar att fara illa, Skolverket).

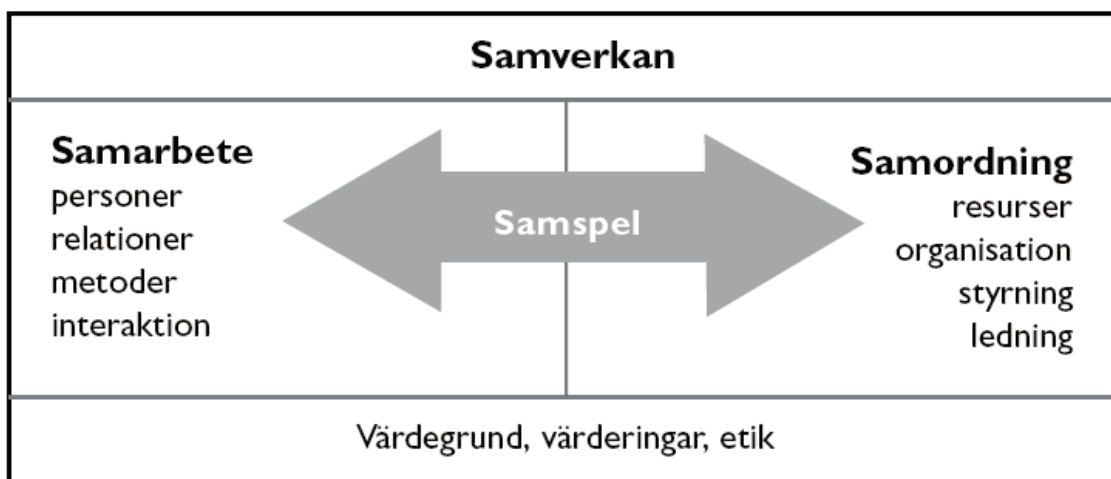
Det finns flera tunga motiv för samverkan. Det främsta motivet är att stödja brukarens egen återhämtningsprocess. Andra motiv kan vara att antalet personer med komplexa behov ökar liksom fragmentiseringen inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samverkan kan avlasta brukaren från bördan att själv hitta rätt i vård- och stödapparaten och förhindra att individen ”faller mellan stolarna”. Detta gäller också samverkan inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Med samverkan kan brukaren uppnå en

högre livskvalitet till en lägre samhällskostnad. Samverkan kan också bredda och fördjupa kunskapen om en fungerande re/habilitering samt förstärka specialistkompetensen och integrera den i en större helhet. Det är myndigheternas ansvar, inte brukarens, att hitta arbetsmodeller så att olika insatser kan ges i rätt tid och i rätt ordning enligt en helhetssyn på brukarens behov och förutsättningar (Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen, 4 kap.).

I lagtexten används begreppet ”samarbete” och i Ambition och ansvar anges att med samarbete menas ”former för gemensamt ansvarstagande”.

Bilden och texten nedan beskriver en modell som illustrerar hur begreppen samarbete, samverkan och samordning kan hänga ihop. Samverkan ses som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete.

”Samarbete används då för att beteckna (horisontella) mellanmännsliga relationer med och kring enskilda brukare till exempel i informella nätverk. Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-)rutiner, ledningsgrupper för principiella frågor etcetera.



Definitionen eller modellen ska också illustrera att samarbets- och samordningsperspektiven samspelar och i verkligheten är beroende av varandra om samverkan ska bli långsiktigt framgångsrik. Processen i sin helhet måste också bygga på gemensam diskussion om värdegrund och etik” (Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen, s. 31).

För ytterligare fördjupning när det gäller begreppen och hur samverkan kan bli framgångsrik, se lista på litteratur sist i meddelandebladet.

Landsting och kommun är ansvariga

”Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget (3 § HSL). Det är därför landstinget som ska ha skyldigheten att ingå överenskommelserna. När det gäller kommunerna delar regeringen bedömningen från Nationell psykiatrisamordning att det ska vara kommunen och inte dess nämnder, som ska ha skyldigheten att ingå överenskommelser med landstinget” (prop. 2008/09:193 s. 16).

Av Ambition och ansvar framgår att när det gäller landstingets ansvar för överenskommelserna är det landstinget som juridisk person som avses. När det gäller den andra huvudmannen innebär den fria nämndorganisationen att insatser till målgruppen kan vara fördelade på flera nämnder, vilket medför att detta är en

angelägenhet för hela kommunen och ytterst för fullmäktige. Fullmäktige har sedan möjlighet att delegera frågan till en eller flera nämnder (s. 560-561).

Enskilda aktörer

”Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL har slutit avtal med” (prop. 2008/09:193 s. 16).

Det är huvudmännens ansvar att de personer som får insatser genom enskilda aktörer, och som ofta har omfattande behov av samordning från huvudmännen, även omfattas av överenskommelserna. Här kan personer uppmärksammas som vistas i enskild verksamhet i en annan kommun än den egna. Sådana placeringar omfattar inte sällan långa vistelsetider geografiskt långt ifrån den egna hemorten. I sammanhanget kan understrykas att hem för vård eller boende, HVB, inte är att jämföras med särskilt boende enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Brukarorganisationernas inflytande

Av 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL, framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjligheter att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt.

”Syftet med kravet är att överenskommelserna ska utformas utifrån intressen hos dem som har behov av tjänsterna och inte bara innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art.” (prop. 2008/09:193 s. 16)

Det finns både kunskapsrelaterade och demokratirelaterade skäl till brukares och anhörigas inflytande över verksamheter som riktar sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Regeringen har betonat att organisationernas erfarenheter och kunskaper starkt kan bidra till bättre och effektivare sociala stödinsatser och vårdinsatser. Deras kunskaper och erfarenheter bör tas tillvara på ett mer systematiskt sätt i hela landet, både på klinik- och verksamhetsnivå och på central nivå i kommuner och landsting (Ambition och ansvar s. 515 f. och regeringens skrivelse 2008/09:185, s. 21).

Även om organisationer som företräder brukare och anhöriga inte finns representerade i alla kommuner och landsting, finns de oftast på regional nivå och om inte annat på nationell nivå.

”Även lokala och regionala organisationer och mera löst sammansatta nätverk kan ingå” (Ambition och ansvar s. 567).

Det är viktigt att landstingen och kommunerna anstränger sig för att få till stånd en fungerande kontakt med brukar- och anhörigorganisationerna. I propositionen påpekas att samrådet inte innebär något krav på att organisationerna ska godkänna innehållet i överenskommelserna (prop. 2008/09:193 s. 16).

För ytterligare läsning om brukarinflytande, se Ambition och ansvar 13 kap.

Grupper med särskilda behov av samverkan

I Ambition och ansvar lyfts några grupper fram där samverkan är särskilt viktig, bland andra personer med psykisk störning och samtidigt missbruk, barn och unga och äldre (s. 563, 566 och 231).

- Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk

I detta sammanhang används begreppet ”psykisk störning”. I betänkande utvidgas gruppen till att också omfatta personer med t.ex. personlighetsstörning, som inte är av den karaktären att den behöver innebära en funktionsnedsättning.

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.

I Ambition och ansvar framhålls att:

”Huvudmännen måste göra en gemensam tolkning av ansvarsfördelningen t.ex. när det gäller vilka behandlingsinsatser som ligger på kommunens socialtjänst och vilka som ska fullgöras av landstinget. Utifrån en sådan gemensam syn på ansvarsfördelningen bör överenskommelserna också innehålla konkreta former för gemensamt ansvarstagande, t.ex. brett sammansatta team och gemensamma mottagningar. Överenskommelserna ska ange hur sådana verksamheter ska bedrivas, finansieras och styras samt vilka rättsliga former som ska användas” (s. 564).

Socialstyrelsen publicerade 2007 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. I flertalet kommuner och landsting pågår ett intensivt arbete med att ta fram samverkansöverenskommelser med anledning av riktlinjerna och för att skapa hållbara strukturer för samverkan kring målgruppen.

- Barn och ungdomar med psykiska och sociala problem samtidigt

I Ambition och ansvar bedöms att:

”... det finns behov av att tydliggöra rutiner för ansvar och samarbetsformer, både inom och mellan socialtjänsten, primärvården, psykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin så att barnet, ungdomen och de närstående alltid garanteras samordnade insatser” (s. 394).

Andra exempel på samverkanspartners är skolhälsovård, elevhälsa, barn- och ungdomshabilitering, förskola, skola, skolbarnomsorg och andra aktuella myndigheter och aktörer.

Det är särskilt viktigt med grundöverenskommelser mellan kommun och landsting som anger samarbetsrutiner och ansvarsfördelning när barn och ungdomar är placerade i särskilda ungdomshem eller på HVB (Ambition och ansvar s. 394).

- Äldre med psykiska funktionsnedsättningar

”Psykiatriska tillstånd får olika konsekvenser i olika åldrar och faser i livet. I samband med åldrandet ökar risken för psykisk ohälsa samtidigt som vårdens insatser att möta psykisk ohälsa är sämre för äldre. Den demografiska utvecklingen medför att allt fler personer blir allt äldre. Psykisk ohälsa hos äldre bör därför särskilt uppmärksammas” (Ambition och ansvar s. 231).

Det finns i dag en uppenbar risk för att personer som fyllt 65 år och som har eller drabbas av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning inte omfattas av

samverkansöverenskommelser inom det psykiatriska området utan hänvisas till äldreomsorgen.

Det finns exempel på andra grupper med behov av samverkan än de som nämns i Ambition och ansvar. Det kan röra sig om personer ur målgruppen som samtidigt har andra funktionsnedsättningar, personer som lever under speciella livsomständigheter eller som har speciella behov. I Ambition och ansvar framhålls också att:

”Överenskommelserna ska utformas utifrån lokala och regionala behov” (s. 560).

Överenskommelsernas innehåll

I Ambition och ansvar angavs ett antal utpekade områden som ansågs vara viktiga för att överenskommelserna skulle få en verklig betydelse (s. 561 f. och s. 637 f.). Regeringen hänvisar till dessa i sitt uppdrag till Socialstyrelsen. Dessa beskrivs nedan under rubriken ”Utpekade områden i förarbeten”.

Ytterligare områden har lyfts i samrådet med Sveriges kommuner och landsting, SKL, och Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. Förutom dessa områden kan det också ses som grundläggande att huvudmännen kommer överens om definitioner av väsentliga begrepp och termer som nämns i de gemensamma texterna.

Ett förslag är också att en gemensam planering görs i början av processen med överenskommelserna för hur dessa ska göras kända i respektive organisation.

Socialstyrelsen arbetar med att ta fram nationella riktlinjer för olika insatser som berör hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Ett exempel är den preliminära versionen av Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010. I de preliminära riktlinjerna framhålls att flera av de rekommenderade insatserna kräver ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården (psykiatri) och socialtjänsten (s. 7 f.). I flera fall kan metoderna användas i både landstingens och kommunernas verksamheter och för vissa av dem är det inte givet vem som ska ha huvudansvaret. Av riktlinjerna framgår att Socialstyrelsen förutsätter att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar, samordnar och bidrar med kompetens för att en god effekt av insatserna ska kunna uppnås (s. 14).

Gemensamma inventeringar av målgruppens behov

Förutom de områden som angivits utgör lokala och regionala behov förutsättningar för överenskommelserna. Överenskommelserna på lokal nivå kan bl.a. grunda sig på landstingets och kommunens gemensamma inventeringar som syftar till att få kännedom om målgruppens behov. En ytterligare möjlig utgångspunkt för omfattningen av och innehållet i överenskommelserna är dialogen med brukarorganisationerna (Ambition och ansvar s. 562).

Syftet med en inventering är att ta fram ett planeringsunderlag för kommunens respektive landstingets verksamhets- och resursplanering. Den kunskap om målgruppens behov som huvudmännen får blir då en viktig förutsättning för att huvudmännen ska kunna använda sina gemensamma resurser på ett effektivt sätt och för att utveckla samverkansformerna på både övergripande nivå och på individnivå (Ambition och ansvar s. 584 f.).

Utpekade områden i betänkandet och propositionen

- **Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar.**

En grundläggande utgångspunkt för överenskommelsen är att huvudmännen gemensamt fastställer det resultat man vill uppnå med de insatser man ger personer med psykiska funktionsnedsättningar (prop. 2008/09:193 s. 14 och Ambition och ansvar s. 562, 637 och 643).

”Målen ska formuleras på det sätt som bedöms nödvändigt för att de ska kunna vara till praktisk ledning för verksamheternas innehåll. I många fall innebär det sannolikt att det behövs både övergripande och mera uppföljningsbara och detaljerade mål” (Ambition och ansvar s. 562).

- **Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar.**

Regeringen berör inte direkt detta område i propositionen men i Ambition och ansvar lyfts fram att rutiner för samverkan kring enskilda är en viktig del i en överenskommelse.

I propositionen hänvisas, som framgått, till personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.

I den övergripande överenskommelsen är det väsentligt för det dagliga patient- och klientarbetet att det framgår vem som ansvarar för att ta kontakter och hur information ska förmedlas. Sådana rutiner och andra som rör individuella planer har därför sin plats i samverkansöverenskommelserna. I arbetet med rutiner kring individuella planer finns skäl att påminna om att gällande sekretessbestämmelser efterlevs (Ambition och ansvar s. 563, 637 och 643).

- **Ansvar för boende**

I Ambition och ansvar framhålls att för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar kan särskilda arrangemang behövas för att tillgodose deras behov av en fungerande boendelösning. Landsting och kommun kan i dessa fall behöva bedriva boendeverksamhet eller boendestöd i nära samarbete. Det kan t.ex. gälla personer som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Samverkan på boendeområdet kan utmyнна i lokala lösningar även för andra grupper (s. 256, 636 och 644).

- **Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering**

Vidare framgår av Ambition och ansvar att det inte bara är landsting och kommun som är viktiga samverkanspartners för att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få tillgång till meningsfull sysselsättning och aktiv arbetsrehabilitering som kan leda till utbildning eller också arbete. I överenskommelserna kan det också göras tydligt att andra viktiga aktörer som skola, försäkringskassa och arbetsförmedling involveras i detta arbete (s. 124 och 565).

- **Ansvar för hjälpmedel**

Ytterligare poängteras i Ambition och ansvar att hjälpmedel för bl.a. personer med kognitiva funktionsnedsättningar är ett eftersatt område i många kommuner. Ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting är också oklar och svår att överblicka bl.a. när det gäller vem som ska stå för ökad kunskap och utveckling

kring hjälpmedel. Detta kan innebära att de personer som verkligen är i behov av dessa hjälpmedel blir utan. I de gemensamma överenskommelserna är det därför betydelsefullt att bl.a. ansvarsfördelningen klarläggs (s. 564, 638 och 644).

- **Kontinuerlig gemensam uppföljning och utvärdering av överenskommelserna**

I propositionen framhåller regeringen att i en kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten ingår uppföljning av överenskommelserna och att dessa fungerar som det är tänkt (prop. 2008/09:193 s. 17).

Det är lämpligt att redan vid inledningen av arbetet med överenskommelserna planera för hur de kontinuerligt ska följas upp och utvärderas. Tidpunkter för avstämningar och eventuella förändringar av överenskommelserna kan anges. Hur avvikelser från överenskommelserna ska hanteras kan också ingå i detta sammanhang (Ambition och ansvar s. 639).

”Fokus i uppföljningen bör vara vilka resultat målen fått för brukarna och klienterna. De organisationer som deltagit i samrådet kring överenskommelsernas utformning blir naturliga samarbetspartners i ett sådant arbete.” (Ambition och ansvar s. 567)

- **Former för hur tvister mellan parterna ska lösas.**

Tvister mellan landsting och kommun kan kräva omfattande resurser och dessutom få till följd att enskilda inte får sina behov tillgodosedda.

Regeringen hänvisar i detta sammanhang i propositionen till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Regeringen pekar på att

”De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister ska utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet” (prop. 2006:100 s. 17).

I en överenskommelse är det därför viktigt att former anges för hur sådana tvister kan lösas. Tidsgränser och vem eller vilka som ska avgöra ansvarsfördelningen är exempel på ingående delar (Ambition och ansvar s. 566, 558, 638 och 645).

För utförligare resonemang kring områdena se Ambition och ansvar bl.a. s. 562-568 och s. 637-639.

Övriga områden där samverkan lyfts fram

- **Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning**

Av 2 g § HSL och 2 kap. 1 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet (LYHS), som infördes den 1 januari 2010, framgår att hälso- och sjukvården och dess personal särskilt ska beakta att barn har rätt till information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Det angeläget att de gemensamma överenskommelserna innehåller rutiner för hur barn i dessa utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade (Ambition och ansvar s. 206 f.).

I sammanhanget är det viktigt att påminna om samverkansskyldigheten som följer av 2 f § HSL, 5 kap. 1 a § SoL m.fl. lagar samt anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL.

- **Ansvar för personliga ombudsverksamheter**

I maj 2000 beslutade regeringen att införa statsbidrag till kommunerna för att de skulle kunna inrätta permanenta verksamheter med personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Av Regeringens proposition 1993/94:218 (s. 29 f.) och Socialstyrelsens meddelandeblad 14/2000 framgår att verksamheter med personliga ombud bör bedrivas i samverkan med andra berörda aktörer på kommunal- och länsnivå. I flera av Socialstyrelsens utvärderingar av ombudsverksamheten har det visat sig att fungerande, gränsöverskridande ledningsstrukturer är en framgångsfaktor för ombudsarbetet.

För utförlig information om Socialstyrelsens arbete med och utvärderingar av ombudsverksamheterna, se Socialstyrelsens hemsida.

- **Ansvar för stöd till anhöriga och närstående**

Sedan den 1 juli 2009 ska socialnämnden

”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder” (5 kap. 10 § SoL).

Med anledning av den nya bestämmelsen, som bl.a. omfattar anhöriga till personer med psykiska funktionsnedsättningar, gav Socialstyrelsen ut ett meddelandeblad i november 2009 (Stöd till anhöriga ställer krav på strategi). I detta framhålls att det är viktigt att kommunerna tar fram en strategi som bl.a. beaktar att samarbete inleds med hälso- och sjukvården för att nå anhöriga i ett tidigt skede. Det anges också att det är viktigt att strategin beaktar att förhållningssättet och bemötandet av anhöriga inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklas. Vad som sägs i det meddelandebladet torde vara tillämpligt även i de nu aktuella överenskommelserna.

På Socialstyrelsens hemsida finns ytterligare information om anhörigstöd.

Övriga bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun som omfattar personer med psykiska funktionsnedsättningar

Det finns flera bestämmelser som rör krav på samverkan. Det yttersta målet för dessa är att den enskilde ska få tillgång till den vård och de stödinsatser som påverkar och ger möjlighet till den enskildes återhämtning, möjligheter att leva som andra och vara delaktig i samhällslivet. Detta gäller oavsett om det rör övergripande samverkan mellan huvudmännen eller samverkan som gäller enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar och andra personer med omfattande behov av såväl sjukvård och socialtjänst.

Ett sätt att se på de övergripande samverkansöverenskommelser som de nya paragraferna (8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL) handlar om, är att se dem som en ”kappa” för de bestämmelser som tas upp nedan, som i huvudsak är överenskommelser på individnivå. Målet med såväl de nya paragraferna i HSL och SoL som bestämmelserna nedan, är att förtydliga och formalisera huvudmännens ansvar och rutiner för att gemensamt upprätta och genomföra individuella samordningsplaner som utgår från brukarnas behov och önskemål. Sådana rutiner måste, för att fungera och ge den avsedda effekten på lång sikt, kunna utformas med hänsyn till lokala förutsättningar vad gäller t.ex. målgrupper, existerande samverkansformer och rutiner för dokumentation.

Värt att notera är också att regeringen påpekar att:

”Kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, t.ex. genom en samverkansnämnd, och därmed redan har ingått överenskommelser om samverkan för målgruppen behöver med anledning av detta förslag inte träffa några överenskommelser därutöver” (prop. 2008/09:193 s.15).

Det kan därför finnas anledning att utifrån detta meddelandeblad se över innehållet i redan existerande överenskommelser för att förenkla tillämpningen och undvika onödig administration.

Bestämmelser om individuell plan

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Regeringen framhåller att den individuella planen gäller alla enskilda, inte enbart personer med psykiska funktionsnedsättningar. Planen gäller också både barn och vuxna. Skyldigheten är inte heller tänkt att begränsas enbart till personer med stora och omfattande behov. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. 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 (prop. 2008/09:193 s. 19 f.).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)

SOSFS 2007:10 som reviderades genom (SOSFS 2008:20), publicerades med anledning av att Socialstyrelsen funnit brister i habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för enskilda brukare. Föreskrifterna ålägger landsting och kommuner att gemensamt utarbeta rutiner för samordning av insatser för enskilda brukare som har stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Personer med psykiska funktionsnedsättningar kan således ingå i målgruppen för föreskrifterna. Rutinerna ska säkerställa att personal med ansvar för samordning utses och ges de förutsättningar som uppdragen kräver. De som utses ska också ansvara för att en plan för samordningen upprättas. Vägledningen ”Samverkan i re/habilitering – en vägledning” gavs ut av Socialstyrelsen 2008 med anledning av föreskrifterna.

Dessa föreskrifter (SOSFS 2007:10) reglerar socialtjänstens och sjukvårdens samverkan kring enskilda brukare med omfattande behov av integrerade insatser oavsett funktionsnedsättning och diagnos. De skiljer sig i det avseendet från lagstiftningen från den 1 januari 2010 som reglerar övergripande samverkansöverenskommelser för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård m.m.

Den 1 september 2008 infördes en ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Vårdformen innebär att tvångsvården får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter bland annat att patienten behöver iaktta vissa villkor för att kunna ges nödvändig vård. I propositionen 2007/08:70 ”Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården” 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).

Enligt 7 § LPT och 12 a § LRV ska det till ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård fogas en samordnad vårdplan. Denna ska vara justerad av företrädare för både landsting och kommun (7 a § LPT).

I Socialstyrelsens handbok ”Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård” anges att: *”Erfarenheter från överenskommelser mellan landsting och kommuner visar att planeringsprocessen kan bli enklare om landstinget och en eller flera kommuner på förhand kommer överens om rutiner för samverkan och vårdplanering kring personer med psykisk sjukdom och funktionshinder”* (s. 28).

Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18).

I handboken finns det exempel på rubriker i en överenskommelse som kan göras separat eller inom ramen för andra överenskommelser mellan huvudmännen (s. 29 f.).

Samverkansöverenskommelser mellan huvudmännen kan självfallet även röra övriga personer som vårdas enligt LPT och LRV och som också har behov av insatser från kommunen.

Rutiner för samverkan mellan huvudmännen beskrivs i:

- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005: 12)

Övrigt

Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen och ge löpande information. Frågor kan ställas till Linda Almqvist, tel. 075-247 3998 och Helena Forssell, tel. 075-247 3892.

Litteratur

Cederblom, Fredrik (2007), *Att samverka torde vara ett verb – en idéskrift* Kalmar: Kalmar Sund Tryck

Danermark, Berth (2005), *Samverkan – himmel eller helvete?* Malmö: Gleerups Utbildning AB

Lindberg, Kajsa (2009), *Samverkan* Malmö: Liber

SOU Rapport 2006:7 från Nationell psykiatrisamordning, *Det finns mer än du tror. En kartläggning av sysselsättningsverksamheter för personer med psykiska funktionshinder i ett antal svenska kommuner*

Skolverket (2009), *Kraften av samverkan – om samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*

Socialstyrelsen (2008), *Samverkan i re/habilitering: En vägledning*

Socialstyrelsen (2008), *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*

Denna information (art nr 2010-5-23) kan laddas ner och beställas från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se/publikationer. Den kan även beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67.



Publicerad: www.socialstyrelsen.se, 2010