



LÄNSÖVERGRIPANDE SAMVERKANSAVTAL

rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

2014-2015

§ 1 INLEDNING

Personer med allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd och långvariga funktionsnedsättningar omfattas av lagstiftning, föreskrifter, nationella riktlinjer som entydigt slår fast kommunernas och landstingets gemensamma ansvar att samverka, samarbeta omkring deras problematik för att optimera resultatet av insatserna.

Ansvarsområdena för huvudmännen går in i och överlappar varandra. Huvudmännen har i grunden olika ansvarsområden men eftersom dessa är ömsesidigt beroende av varandra så krävs samarbete för framgång i rehabilitering och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Eftersom ansvarsområdena är ömsesidigt beroende av varandra är det periodvis svårt att veta vem som ska göra vad, när och hur. För att hantera akuta krissituationer med ömsesidigt ansvar så ska samarbetet styras av principen: Vi hjälps åt, vi gör snabba insatser och vi fördelar ansvaret samt utvärderar och för principdiskussioner då den akuta situationen är under kontroll.

I lagar (HSL och SoL), föreskrifter och i riktlinjer för vård och behandling för personer med långvarig psykiskt funktionsnedsättning, omfattande behov (t ex schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd) slås fast att den samordnade individuella planen (SIP) ska utgöra grunden för samarbetet mellan huvudmännen. Den individuella planen (SIP) grundar sig på personens samtycke, aktiva medverkan och där anhöriga ses som betydelsefulla aktiva medverkande. I den samordnade individuella planen (SIP) ska huvudmännens respektive uppdrag och ansvarsområden pekats ut, långsiktiga och kortsiktiga mål formuleras, hantering av kristillstånd diskuteras och beskrivas samt följas upp och utvärderas – *Bilaga 1*.

Lagstiftningen och FN:s barnkonvention skall genomsyra parternas hantering av anhöriga barn. Lagstiftningen påtalar att vården och omsorgen särskilt skall beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt 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.

§ 2 PARTER

Samtliga fem kommuner samt landstingets psykiatri, primärvård och tandvård

§ 3 VISION

Brukaren, anhöriga och huvudmännen ska med samordnade insatser få igång en förändringsprocess för brukaren mot ett självständigt liv i aktiv gemenskap med andra.

§ 4 MÅL

Målet med samverkan är att utifrån helhetssyn i dialog med brukaren, anhöriga och mellan parterna utforma ett stöd som leder till förbättrade levnadsförhållanden för brukaren. Den enskilde brukarens behov av insatser och målsättningen med insatserna ska framgå i en samordnad individuell plan (SIP). Brukarna ska ges möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

§ 5 MÅLGRUPP

Målgruppen för samverkan är personer över 18 år med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.

Inom målgruppen finns personer med samsjuklighet - psykisk funktionsnedsättning och beroendeproblematik. Hur samverkan och samarbete omkring denna grupp organiseras beskrivs i Samverkansavtal rörande personer med riskbruk, missbruk och beroendeproblematik.

Definition: *En person har ett psykiskt funktionsbinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning (Ambition och ansvar av Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006:100)*

§ 6 MÄNNISKOSYN

Självkänsla, tillit, självförverkligande och känsla av delaktighet styrs till stor del av hur vi har det i relationer och sociala förhållanden.

Vårt samhälle har som centrala grundvärderingar människors lika värde och rätt till ett aktivt liv i gemenskap med andra. Människan har en egen vilja och därmed ett stort eget ansvar för sin utveckling. Människans sätt att utforma sitt liv, sitt självbestämmande och sin integritet ska respekteras. Vi är olika. Människor har alltid stora dolda resurser. Det finns alltid en tredje väg ut ur låsta situationer, möjligheterna är fler än hindren.

Psykiatriska problem och sociala problem och brister ska förstås utifrån processer med den omgivande miljön. Problemen ska belysas, analyseras och förstås utifrån ett helhetsperspektiv. Sociala, biologiska, psykologiska och existentiella faktorer ska uppmärksammas parallellt. Människor befinner sig i ett kontinuerligt samspel med varandra. Människor är ofta delaktiga i varandras problem. Människor är inte bara delaktiga i varandras problem, vi är också varandras stora möjlighet. Det relationella och sociala perspektivet är centralt för att förstå en människa.

§ 7 MÖTET

Mötet med brukarna ska präglas av medmänsklighet och professionalitet. Målet i mötet med den krisande människan är att skapa en tillitsfull relation. I dialogen arbetar man med att lyssna, förstå, sätta ord på vad som sker. Mötet ska präglas av tilltro, omsorg, hoppfullhet, här/nu-perspektiv och skapande av konkreta lösningar. Behandlingsarbetet och stödet i vardagen syftar

till att utveckla nya verktyg hos brukarna för att bättre hantera sina känslor, förstå andra, hantera relationer med andra och skapa delaktighet i samhället.

En viktig princip för förändringsarbetet är att i dialogen använda sig av brukarens egen motivation till förändring. Samarbetet med brukaren har som ett av sina centrala fokus att få igång en förändringsprocess mot ett självständigt liv.

§ 8 MÅL OCH SYFTE MED SAMVERKAN

Samverkan ska präglas av respekt, brukaren i centrum, lättillgänglighet, kontinuitet, tillit, uthållighet och kompetens. Samverkan ska ske i en god anda och båda parter ska visa en stark vilja och förståelse av att brukaren har behov av att vi jobbar sida vid sida.

Mål och syfte med samverkansavtalet är:

- Att fastställas innehåll i samordnad individuell plan (SIP) enligt HSL § 3f, SoL 2 kap 7 §
- Att klargöra brukar- och anhörigmedverkan
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan
- Att hantera uppdrags- och ansvarsfördelningen (bilaga 2) mellan parterna samt hur formerna för samverkan mellan parterna ska utformas
- Att vara utgångspunkt för lokala samverkansavtal mellan parterna (bilaga 3)
- Att parterna senast den 1 juli 2014 har träffat lokala samarbetsavtal kring målgruppen.
- Att klargöra hantering av brister och oenighet i samverkan
- Att klargöra hur hanteringen ska ske vad gäller uppföljning och utvärdering

§ 9 LÄKAR- OCH TANDVÅRDSMEDVERKAN SAMT HJÄLPMEDEL

Psykisk hälsa

Psykiatrik har ansvar för den psykiatriska vården på läkarnivå vid kommunens särskilda boenden för psykiskt funktionsnedsatta. Läkare skall kontinuerligt träffa/behandla brukare som bor i kommunens särskilda boenden.

Brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende skall minst en gång per år kallas till sin läkare på psykiatrimottagning för möte/ behandling.

Somatisk hälsa

Primärvården har ansvar för den somatiska vården på läkarnivå vid kommunernas särskilda boenden för psykiskt funktionsnedsatta. Läkare skall kontinuerligt och vid behov undersöka/behandla brukare som bor i kommunens särskilda boenden.

Brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende skall minst en gång per år besöka sin läkare vid vårdcentral för undersökning. Koordinator/case manager ansvarar för att brukaren kallas till undersökning.

Tandvård

Majoriteten av brukarna tillhörande målgruppen är berättigade till uppsökande tandvård och Grönt kort med möjlighet till nödvändig tandvård. Uppsökande tandvård innebär bl.a. möjlighet till årlig kostnadsfri munhälsobedömning och vid behov remiss för nödvändig tandvård hos

tandläkare på folktandvården eller privattandläkare. De i målgruppen som inte är berättigade till uppsökande tandvård och Grönt kort får erbjudas tandvård offentligt eller privat efter önskemål. Koordinator/case manager/kontaktpersonal ansvarar för att brukaren vid behov får erforderlig tandvård.

Barn och ungdomar upp till det år de fyller 19 år har fri tandvård. Detta innefattar både allmäntandvård och specialisttandvård. Allmäntandvård kan erbjudas både inom den offentliga folktandvården och hos privattandläkare som har avtal med Landstinget

Hjälpmedel

Vuxna med psykiska funktionsnedsättningar som ingår inom ramen för detta avtal kan vara i behov av hjälpmedel.

Landstingets och kommunernas gemensamma hjälpmedelscentral har ansvar för precisering av vad som räknas till grundutrustning/pedagogiska hjälpmedel/personliga hjälpmedel. Reglerna för sortiment och förskrivning av hjälpmedel styrs av en gemensam samverkansnämnd med representanter från samtliga kommuner och landsting.

§ 10 KOORDINATOR/CASE MANAGER

I samarbetsavtalet skapas konkreta arbetsrutiner för parterna. En av dessa rutiner är att varje brukare som ingår i målgruppen ska erhålla en koordinator/case manager.

Parterna förbinder sig att varje individ som ingår i målgruppen ska erbjudas en koordinator/case manager.

Koordinatorn/case manager har ansvar för samordning av insatser och stöd till brukaren samt ansvara för att en samordnad individuell plan upprättas med gemensamma mål för stödinsatser. Koordinatorn ska tillse att en arbetsgrupp bildas runt varje brukare.

§ 11 SEKRETESS

12 kap. 2 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) anger följande: ” En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i denna lag”.

En förutsättning för samverkan är att brukaren efterger sekretessen för de uppgifter som behövs för samarbetet. Brukaren måste även medge att dessa uppgifter kan avhandlas mellan exempelvis behandlande läkare, koordinator, handläggare eller annan deltagare i samarbetet utan att brukaren är närvarande.

Grundläggande för all vård och omsorg är att den ska ske i samråd med den enskilde och att dennes autonomi och integritet respekteras. Om samtycke inte kan erhållas kan uppgifter inte lämnas ut, annat än att sekretessen hävs av lagstiftning, t ex anmälningsskyldighet eller läkarintyg i LVM. (lagen om vård av missbrukare).

§ 12 LÄNSÖVERGRIPANDE STYRGRUPP SAMT UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Länsövergripande styrgruppen (berörda förvaltningschefer/motsvarande i länets kommuner och berörda förvaltningschefen i landstinget) ska träffas fyra gånger per år för att följa upp så att samverkan sker mellan kommun- och landstingspsykiatri i enlighet med samverkansavtalets intentioner. I samband med uppföljningen av samverkansavtalet, som ska ske i samverkan med berörda brukarorganisationer, ska en handlingsplan upprättas.

Vidare ska styrgruppen svara för frågor som inte kan lösas i de lokala styrgrupperna.

Förvaltningschefen för landstingspsykiatri är sammankallande.

§ 13 LOKAL STYRGRUPP SAMT UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

På lokal nivå ska kommun och landsting inrätta en lokal styrgrupp

Styrgruppen har till uppgift att svara för övergripande, strategiska och övriga gemensamma frågor som berör samverkan och att samverkansavtalets intentioner följs.

Styrgruppen har också till uppgift att arbeta med konkret utformning av utvärdering av insatser utifrån samverkansavtalet, ansvara för frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet, samt ansvara för framtagande av erforderliga rutiner samt kompetensutvecklingsplaner.

Lokala styrgruppen ska årligen fastställa minst två områden för uppföljning och utvärdering. I samband med uppföljningen, som ska ske i samverkan med berörda brukarorganisationer, ska en handlingsplan upprättas.

§ 14 EKONOMISK ERSÄTTNING

Ingen av parterna ska debitera någon av parterna. Allt deltagande i samverkansarbetet ska ske kostnadsfritt.

Vid överenskommen placering på behandlingshem ska kostnaderna fördelas utifrån parternas ansvarsområde. Landstinget ansvarar ekonomiskt för hälso- och sjukvårdsinsatser vid externa placeringar. Kommunen ansvarar för vård och omsorg samt skola vid externa placeringar.

§ 15 TVISTER

Vid tvister lyfts ärendet till högre chefsnivå. Detta ska ske skyndsamt.

Den lokala styrgruppen ansvarar för ärenden om oenighet och brister i samverkan som inte går att lösa i det dagliga arbetet.

Den länsövergripande styrgruppen ansvarar för ärenden som inte kan lösas i den lokala styrgruppen.

§ 16 IMPLEMENTERING

Respektive part ansvarar för att avtalet implementeras i egen organisation.

§ 17 AVTALSTID OCH UPPSÄGNING

Detta avtal gäller från och med den 1 januari 2014 och till och med den 31 december 2015 med en uppsägningstid på 12 månader. Vid utebliven uppsägning förlängs avtalet automatiskt med 4 år. Om en kommun eller landstinget säger upp detta avtal upphör detta avtal att gälla för samtliga kommuner i och med uppsägningstidens utgång.

§ 18 SAMVERKAN MED BRUKARORGANISATIONER,

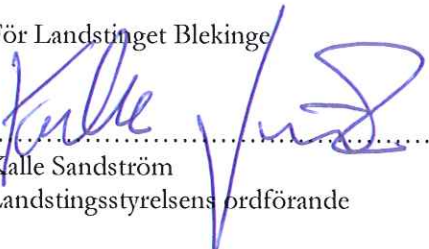
Avtalet har upprättats i samverkan med berörda brukarorganisationer

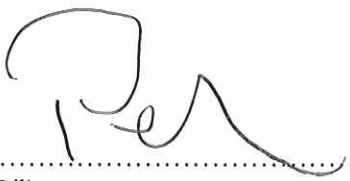
Bilga:

1. Riktlinjer för upprättande av individuell plan -SIP
 - A. Samordnad individuell plan – SIP
 - B. Kallelse till samordnad individuell plan – SIP
 - C. Samtycke till informationsutbyte
2. Uppdrags- och ansvarsfördelning
3. Förslag till Lokalt samverkansavtal

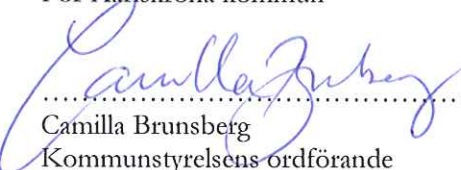
Beslut om samverkansavtalet har tagits av Landstingsfullmäktige och Kommunfullmäktige i respektive kommun.

För Landstinget Blekinge


.....
Kalle Sandström
Landstingsstyrelsens ordförande

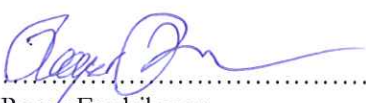

.....
Peter Lilja
Landstingsdirektör

För Karlskrona kommun



.....
Camilla Brunsberg
Kommunstyrelsens ordförande


.....
Ingrid Augustinsson Swennergren
Kommundirektör


För Ronneby kommun


.....
Roger Fredriksson
Kommunstyrelsens ordförande

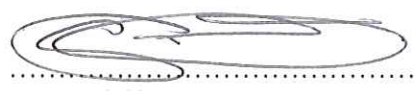
För Karlshamns kommun


.....
Sven-Åke Svensson
Kommunstyrelsens ordförande

För Sölvesborgs kommun


.....
Helene Björklund
Kommunstyrelsens ordförande

För Olofströms kommun


.....
Sara Rudolfsson
Kommunstyrelsens ordförande



Samordnad individuell plan

Gemensamma riktlinjer för samverkan mellan kommunerna och landstinget avseende vuxna personer från 18 år som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

Innehållsförteckning

Samverkan	3
Mål	3
Samordnade insatser mellan olika huvudmän	3
Samordnad individuell plan (SIP)	5
Kallelse - Samordnad individuell planering	7
Lagar och förordningar	8
Sammanfattning	9
Bilaga A Samordnad individuell plan	10
Bilaga B Kallelse till upprättande av samordnad individuell plan	10
Bilaga C Samtycke till informationsutbyte	16

Samverkan

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att samordnad planering genomförs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds är av god kvalitet utifrån den enskildes samlade behov. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för den enskilde.

Formuleringarna i lagtexterna Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är tydliga avseende kraven på att respektive huvudman ska ta ansvar för samverkan utifrån den enskildes behov. Det är en skyldighet att samverka.

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att alla parter är delaktiga och att ansvaret för samverkan åligger alla. Då flera huvudmän behöver samverka ska någon av aktörerna kalla in de berörda till ett möte. De olika huvudmännens uppdrag och ansvar tydliggörs.

Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller samt att det finns en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder.

Samverkan mellan landstinget och kommunen ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel.

Mål

Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen ska tillgodoses.

Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

När den enskilde har behov av samordnade insatser från flera huvudmän ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Samordnade insatser mellan olika huvudmän

Ändringar i HSL¹ och SoL² från 1 januari 2010 innebär att landstinget och kommunen tillsammans ska upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Kommun och landsting ska samverka för att fullgöra uppgifter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller närstående och klargöra det samlade behovet av insatser.

Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses och att klargöra vilka insatser som den enskilde behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för och säkerställa huvudmännens samarbete. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Hantering av brister i samverkan och uppföljning:

Vid brister i samverkan mellan landstinget och kommun ska rapport om hantering av brister i samverkan skrivas så att förbättringar kan ske.

I landstinget skrivs avvikelser/förbättringsrapport som hanteras enligt landstingets generella rutiner för avvikelshantering.

I kommunen skrivs rapport som lämnas till närmsta chef.

Oenighet vid tillämpning av samverkansriktlinjer:

Frågor angående tillämpning av samverkansrutiner avseende verksamhets- och kostnadsansvar som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till beslutande verksamhetsnivå – enligt samverkansavtal.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen 3 §

² Socialtjänstlagen 2 kap. 7 §

Samordnad individuell plan (SIP)

En samordnad individuell plan ska gälla för alla som har behov av en sådan. Närstående kan delta vid planering oavsett biologiskt släktskap om den enskilde inte motsätter sig detta.

Ansvarig

Att en samordnad individuell plan utformas och justeras är ett gemensamt ansvar för företrädare för berörda huvudmän. Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen.

När

Planen ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda då den enskilde har insatser från bägge huvudmännen eller när den enskilde har insatser från en huvudman som bedömer att behov finns av insatser från den andra huvudmannen.

Datum för planerad uppföljning kan beslutas vid den samordnade individuella planeringen och ska ske i samråd med den enskilde.

Hur

Den som utses till samordningsansvarig håller i mötet och är ansvarig för att en plan upprättas, undertecknas och delges mötesdeltagarna. Vid behov ska planen kunna erbjudas i annan form än skriftlig.

Finns en tidigare samordnad individuell plan upprättad ska denna samordnas med den nu aktualiserade.

Planeringen kan ske med berörda företrädare närvarande, på distans, via videokonferens eller per telefon.

Sista dag för justering av den samordnade individuella planen beslutas gemensamt och anges i planen.

När en samordnad individuell plan finns upprättad ska detta noteras i journalen.

Vad

Av planen ska framgå

- kort- och långsiktiga mål för insatserna,
- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen,
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,
- hur uppföljning och utvärdering ska ske.

Bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS förutsätter att den enskilde själv eller genom en ställföreträdare ansökt om detta. Den enskildes ansökan om bistånd kan undertecknas vid planeringstillfället. En ansökan kan om inte annat är möjligt ske muntligt av den enskilde eller närstående/god man/förvaltare med giltig fullmakt/förordnande och kan senare följas av skriftlig ansökan.

Den samordnade individuella planen ska finnas tillgänglig hos respektive huvudman.

- *Samordning får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- *Med samordnad individuell plan avses planering av de insatser som den enskilde bedöms behöva från flera aktörer.*
- *Den samordnade individuella planen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.*
- *Planeringen ska påbörjas utan dröjsmål.*
- *En samordnad individuell plan är upprättad när den är justerad av dem som medverkat vid planeringen.*
- *Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser.*
- *Den upprättade planen ska lämnas till den enskilde.*
- *Den upprättade planen ska kontinuerligt följas upp och omprövas vid behov.*
- *En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla.*

Kallelse- Samordnad individuell planering

Ansvarig

Ansvarig för att kalla till samordnad individuell planering är den som uppmärksammar behovet av nya eller förändrade insatser eller vård- och omsorgsbehov.

I ansvaret ingår att i samråd med den enskilde bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och den enskildes behov bli tillgodosedda.

När

Kallelse till ett möte ska initieras när det finns behov av samordning för att tillgodose den enskildes behov.

Till

Kallelse till samordnad individuell planering förmedlas till:

- *den enskilde, närstående eller legal företrädare,*
- *ansvariga inom Socialtjänsten,*
- *ansvariga inom primärvård, psykiatrisk vård och i förkommande fall beroendebet.*
- *andra viktiga aktörer såsom inom övrig Individ- och familjeomsorg och övrig hälso- och sjukvård.*

- *Samordning får endast göras om den enskilde eller legal företrädare har lämnat samtycke.*
- *Den yrkesutövare som uppmärksammar att den enskilde har behov av samordning ansvarar för att kalla till möte.*
- *Tänk på att minimera antalet personer som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.*
- *Den aktör som kallas till samordnad planering är skyldig att delta.*
- *I kallelsen anges tid och plats för samordnad individuell planering.*
- *Samordnad individuell planering ska påbörjas utan dröjsmål.*
- *Med påbörjad planering avses en aktiv kontakt (t.ex. via telefon) mellan företrädare som har mandat att företräda respektive huvudman.*
- *Kallelse till ett möte avseende samordnad individuell planering kan ske via kallelseblankett (se bilaga) eller via annan kontakt, t.ex. telefon.*

Lagar och förordningar

Riktlinjerna bygger på lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och Allmänna råd samt cirkulär från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)
- Socialtjänstlagen (SoL 2001:453)
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128)
- Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400)

Föreskrifter och allmänna råd

- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2001:1)
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2011:9)
- Tillämpningen av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SOSFS 1997:6)

Meddelandeblad och cirkulär

- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam Individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SKL Cirkulär 09:66)

Nationella riktlinjer

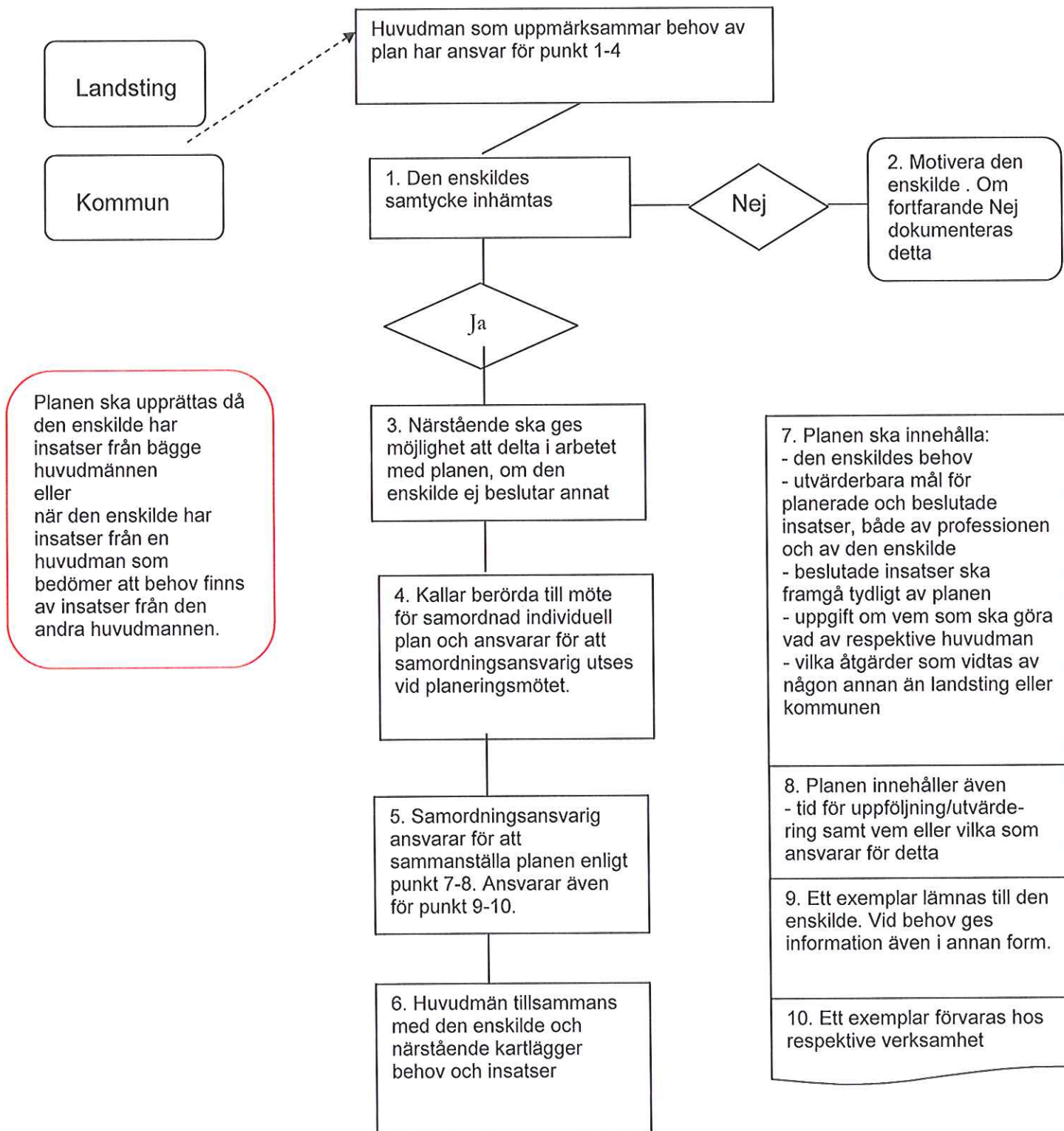
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård
- Nationella riklinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011

Sammanfattning

Flödesschema

Insatser som ska samordnas från:

Tillvägagångssätt vid samordning



BILAGA: A



SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN - SIP

Den enskildes namn, adress, telefon, e-post	Personnummer
---	--------------

Datum för planens upprättande	Samtyckesblankett ifylld Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--

Samordningsansvarig för planen (namn, telefon, e-post)
--

Deltagare vid mötet

Namn	Relation (t ex. släkting, god man, personal /telefonnummer)
Namn	Relation
Namn	Relation
Namn	Relation
Namn	Relation

Namn	Relation
Namn	Relation

Aktuell situation (boende, sysselsättning, försörjning etc.)

Önskvärd förändring och styrkor

Vårdbehov

Anhöriga, närstående och barn

Allmänt:

Önskemål:

Behov:

Pågående insatser från kommunen

Pågående insatser från landstinget: psykiatri/beroendeenheten

Fast vårdkontakt psykiatri:

Ansvarig läkare:

GAF:

Datum:

Pågående insatser från primärvården

Hälsoval – listad:

Ansvarig läkare:

Läkemedel

Ansvarig för medicinering:

Övrigt:

Hjälpmedel

Allmänt:

Behov:

Regelbunden tandvårdsuppföljning

Tandvård:

Destruktivt agerande mot sig själv och/eller omgivningen

Tidiga tecken på återinsjuknande

Handlingsplan om planen inte fungerar

Mål för de samordnade insatserna

--

Delmål	Insats/åtgärd	Ansvarig	Uppföljning datum	Resultat 1. Icke uppfyllt 2. Delvis uppfyllt 3. Helt uppfyllt
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Annan planering förutom denna samordnade individuell plan:

- Behandlingsplan – psykiatri (vårdöverenskommelse)
- Omvårdnadsplan - psykiatri
- Vårdplan – tvångslagstiftning LPT/LRV
- Samordnad vårdplan (Obruten vårdkedja – Prator)
- Genomförandeplan - kommunerna
-

Underskrifter

Datum:

Datum:

Den enskilde

Deltagare från landstingets psykiatri

Deltagare från kommunen

Deltagare från primärvården

Deltagare från kommunen

Deltagare övriga

Tid för nästa möte: _____

Ansvarig för att kalla till nästa möte: _____

UPPDRAG OCH ANSVAR

- **GENERELLT ANSVAR**

Kommun

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

Kommunen har ansvar för de sociala insatserna enligt SoL och insatser för stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS. I dessa båda lagrum ingår att utreda behov av, besluta om, tillhandahålla, följa upp och samordna sociala insatser för stöd och service. I SoL och LSS beskrivs kommunernas ansvar.

För gruppen funktionshindrade med en personkretstillhörighet finns Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387). Verksamheten främjar jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten i denna lag ska vara god kvalitet och bedrivs i samarbete med berörda samhällsorgan och myndigheter. Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordade.

Kommunen har ansvar för att informera om insatser och service och förmedla kontakter till andra myndigheter.

I socialtjänstens olika delar ingår att arbeta uppsökande.

Landsting

Landstinget ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen inom upptagningsområdet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1983:763) ska sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbets sättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde.

- **SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSREHABILITERING**

Arbete och sysselsättning är viktigt för identiteten och utgångspunkten är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna arbeta/ha sysselsättning utifrån sina förutsättningar. Därför är ett nära samarbete mellan kommun, landsting, arbetsförmedling och försäkringskassa viktigt för att hitta vägar ut i arbetslivet.

Kommunens ansvar

- För personer som av fysiska eller psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kommunen bl. a erbjuda en meningsfull sysselsättning.¹

¹ Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap.7 §, Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9:1

Landstingets ansvar

- Landstinget ansvarar för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget skall också erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel.²
- Arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser för boende i gruppboende eller bostad med särskild service enl. LSS eller boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.³

Övriga aktörers ansvar

- Arbetsförmedlingens uppdrag är att bedriva arbetsinriktad rehabilitering i form av utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.⁴
- Försäkringskassan har ett samordningsansvar för individer med nedsatt arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Samordningsansvaret gäller både på strukturell och på individuell nivå. På strukturell nivå handlar uppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet. På individuell nivå innebär det att samordna aktiviteter från olika aktörer för att den försäkrade skall kunna komma ut i arbetslivet.⁵

• BOENDE

Kommunens ansvar

- Kommunerna ansvarar för att tillgodose behov av boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.⁶

Landstingets ansvar

- Specialistpsykiatrin ansvarar för konsultinsatser, handledning och metodstöd till kommunens personal.⁷ Med handledning avses handledning till berörd personal utifrån enskilda brukares tillstånd/sjukdomsproblem.

I vissa fall krävs ett utökat samarbete mellan landstinget och kommunerna när det gäller boenden och boendestöd. Det kan t.ex. gälla för personer som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Personalhandledning från psykiatrin och täta gemensamma uppföljningar av den samordnade individuella planen kan vara exempel på insatser.

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ibland behöva stödinsatser i form av annat boende än det egna för stadigvarande boende eller för längre eller kortare vistelse kombinerat med hälso- och sjukvårdsinsatser.

På nästa sida följer en tabell över ansvarsfördelning i olika boendeformer:

² Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 b §.

³ Eftersom kostnader för sjukgymnast- och arbetsterapeutinsatser inte skatteväxlades i samban med psykiatireformen 1995, ansvarar landstinget för dessa insatser.

⁴ Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, § 11.

⁵ "Samordnad rehabilitering" Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKI. (2011)

⁶ Enligt Sol 5 kap. 7 §, Psykiatireformen (Prop.1993/94:218).

⁷ Enligt psykiatireformen (Prop. Personer med missbruks och beroendeproblem 1993/94:218).

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

Boende och insatsformer	Kommunens ansvar	Landstingets ansvar
Ordinärt boende	Sociala insatser, boendestöd	Hälso- och sjukvårdsinsatser
Särskilda boenden, kommunala och enskilda. enl. 5 kap 7 § st. 3, resp. 7 kap 1 § 1st p2. Sol med insats enligt SoL eller LSS Särskilda boenden enskilda med tillstånd enl. 23 § LSS och med insats enl. LSS Korttidsboende, kommunala enl. 5 kap 7 § 3 st. Sol med insats enl. SoL	Boende och sociala insatser. Omvårdnad och hälso- och sjukvård t o m sjuksköterskenivå 18 - 18c § HSL, exkl. korttidsboende LSS	Hälso- och sjukvårdsinsatser utöver sjuksköterskenivå
Korttidsboende enl. LSS	Sociala insatser	Alla hälso- och sjukvårdsinsatser

• STÖD TILL ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE

Gemensamt ansvar

- Anhöriga skall ses som en resurs i vård och rehabiliteringsarbetet och huvudmännen skall verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver.
- Båda huvudmännen skall samverka för att ge stöd och insatser till vuxna anhöriga och barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för att skapa fungerande relationer.

Kommunens ansvar

- Socialnämnden ska enligt lagen⁸ erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som till exempel har en funktionsnedsättning.

Landstinget ansvar

- En av Hälso- och sjukvårdens uppgifter är att förebygga ohälsa⁹, vilket när det gäller anhöriga bl.a. innebär att fånga upp behov, informera om kommunernas anhängstöd och motivera till kontakt.

⁸ 5 kap 10 § Socialtjänstlagen.

⁹ Hälso- och sjukvårdslagen § 2 c.

LOKALT SAMARBETSAVTAL

rörande personer med psykiska funktionsnedsättning och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

LOKALT SAMARBETSAVTAL

mellan Kommun och Landstingets psykiatri Vuxenpsykiatri...

§ 1 Inledning

Personer med allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd och långvariga funktionsnedsättningar omfattas av lagstiftning, föreskrifter, nationella riktlinjer som entydigt slår fast kommunernas och landstingets gemensamma ansvar att samverka, samarbeta omkring deras problematik för att optimera resultatet av insatserna.

Ansvarsområdena för huvudmännen går in i och överlappar varandra. Huvudmännen har i grunden olika ansvarsområden men eftersom dessa är ömsesidigt beroende av varandra så krävs samarbete för framgång i rehabilitering och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Eftersom ansvarsområdena är ömsesidigt beroende av varandra är det periodvis svårt att veta vem som ska göra vad, när och hur. För att hantera akuta krissituationer med ömsesidigt ansvar så ska samarbetet styras av principen: Vi hjälps åt, vi gör snabba insatser och vi fördelar ansvaret samt utvärderar och för principdiskussioner då den akuta situationen är under kontroll.

I lagar (HSL och SoL), föreskrifter och i riktlinjer för vård och behandling för personer med långvarig psykiskt funktionsnedsättning, omfattande behov (t ex schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd) slås fast att den samordnade individuella planen (SIP) ska utgöra grunden för samarbetet mellan huvudmännen. Den individuella planen (SIP) grundar sig på personens samtycke, aktiva medverkan och där anhöriga ses som betydelsefulla aktiva medverkande. I den samordnade individuella planen (SIP) ska huvudmännens respektive uppdrag och ansvarsområden pekats ut, långsiktiga och kortsiktiga mål formuleras, hantering av kristillstånd diskuteras och beskrivas samt följas upp och utvärderas.

Samarbetet ska präglats av respekt, brukaren i centrum, lättillgänglighet, kontinuitet, tillit, uthållighet och kompetens. Samverkan ska ske i en god anda och båda parter ska visa en stark vilja och förståelse av att brukaren har behov av att vi jobbar sida vid sida.

§ 2 Samverkan och samarbete

Parterna förbinder sig, i enlighet med samverkansavtalets intentioner och syfte, att

- inrätta en lokal styrgrupp
- tillsätta och utbilda koordinatörer/case manager
- varje brukare som så önskar, ska erhålla en koordinator/case manager
- varje brukare ska ha en upprättad samordnad individuell plan (SIP) – bilaga 1 till huvudavtalet
- följa gällande sekretesslagstiftning – samtycke till informationsutbyte
- ta fram rutiner för brukar- och anhörigmedverkan
- ta fram rutiner så att gemensamma akuta besök kan göras med kort varsel
- verka för ökade kunskaper omkring tidiga tecken på återinsjuknande
- ta fram rutiner för samverkan med primärvården och tandvården för brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende
- ta fram rutiner för läkare och tandvårdsmedverkan vid särskilda boenden
- ta fram rutiner för genomförande av dialog med brukarna omkring livsstilsfrågor
- göra årliga uppföljningar och utvärderingar

- årlig mötesplan för styrgrupp

§ 3 **Arbetssätt**

Samverkan kring en enskild brukare kan initieras om brukaren

- har pågående insatser hos både landstinget och kommunen och detta uppmärksammas hos landsting
- har pågående insatser endast hos landstinget
- har pågående insatser hos både landstinget och kommunen och detta uppmärksammas hos kommunen
- har pågående insatser endast hos kommunen

§ 4 **Individuell planering utifrån brukarens behov**

Basen för samverkan är den samordnade individuella planeringen (SIP). Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses och att klargöra vilka insatser som den enskilde brukaren behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive part ska ansvara för och säkerställa parternas samarbete. Planeringen ska ske utifrån ett helhetsperspektiv där de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven bedöms och tillgodoses och i samverkan med brukaren och anhöriga.

Samverkan ska ske enligt gällande sekretesslagstiftning – dvs. brukaren beslutar om att samverkan får ske.

§ 5 **Koordinator/case manager**

Som ansvarig för samordning av insatser och stöd till brukaren ska en koordinator/case manager utses som ansvarar för att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas med gemensamma mål för stödinsatser.

Koordinator/case manager ska vara den person som brukaren tror bäst stödjer hans/hennes intressen. Koordinator/case manager tillsätts av kommunen och landstinget.

Koordinator/case manager ska tillsammans med brukaren tillse att ett team bildas med minimum brukaren, anhöriga, brukarens behandlande läkare och/eller annan behandlingspersonal från landstinget, handläggare från kommunen och/eller annan personal från kommunen och brukarens koordinator/case manager.

Koordinator/case manager ansvarar för kallelse till teamet och mötets genomförande tillsammans med brukaren, att den samordnade individuella planen upprättas och utformas utifrån brukarens definierade mål på kort/lång sikt samt uppföljning och information.

Teammöte kan initieras av brukare, anhöriga eller någon av de båda parterna och ska ledas av en koordinator/case manager. Sådant möte ska ske snarast och senast 7 vardagar efter initieringen.

Möten ska ske regelbundet mellan parterna och brukarna. Koordinator/case manager gör upp planeringen.

§ 6 Lokal styrgrupp

Lokal styrgrupp - sammanträder minst x gånger per år. Styrgruppen består av parternas verksamhetschefer och avdelningschefer. Vid minst ett möte per år ska parternas förvaltningschefer/motsvarande medverka. Sammankallande är verksamhetschefen i kommunen.

Syftet med styrgruppen är

- att bereda övergripande strategiska och övriga gemensamma frågor som berör samverkan och tillse att intentionerna i upprättat samverkans-/samarbetsavtal följs.
- att beskriva processen, ansvara för framtagande av erforderliga rutiner och kompetensutvecklingsplan.
- att svara för frågor om oenighet och brister i samverkan och uppföljning.
- att årligen fastställa minst två uppföljningsområde

Extra möten i styrgruppen kan påkallas av ingående chefer.

Brukarrepresentanter och anhörigrepresentanter ska ges möjlighet till medverkan. Vid minst två tillfällen per år ska representanter bjudas in att närvara vid möten i styrgruppen.

§ 7 Årsrapport

Årlig rapport omkring pågående arbete och utvecklingsprojekt ska sammanställas av styrgruppen. Den årliga rapporten ska beskriva skeenden/utvärdering omkring bl a

- Antal genomförda samordnade individuella planer
- Antal brukare som genomgått årlig hälsokontroll för den somatiska hälsan och kontroll av tandstatus
- Antal brukare som har fått en årlig uppföljning av psykisk status och medicinering hos ansvarig läkare
- Genomförda hälsosamtal – dialog omkring livsstilsfrågor
- Goda exempel
- Svårigheter
- Gemensamma utbildningsinsatser
- Gemensam kompetensutvecklingsplan

§ 8 Implementering

Varje huvudman ansvarar för att samarbetsavtalen implementeras i den egna organisationen.

§ 9 Avtalstid

Följer samverkansavtalets avtalstid

Landstinget Blekinge
Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen
Vuxenpsykiatrien

..... kommun