Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län

Innehållet i denna överenskommelse är framtaget av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) på uppdrag av presidierna för landstingets Hälso- och sjukvårdsnämnd och KSLs politiska beredningar.

Stockholm 2012

Innehållsförteckning

Parter **2**
Giltighetstid **2**
Målgrupp **2**
Syfte och mål **2**
Gemensam samverkansöverenskommelse **2**
Den som berörs ska ha inflytande **4**
Strukturer och ansvar för samverkan **5**
Samverkan på regional nivå **6**
Samverkan på lokal nivå **7**
Individnära samverkan **9**
Båda huvudmännen har ansvar **13**
Kommunernas uppdrag **14**
Landstingets uppdrag **15**
Bilaga 1 Exempel på grupper där behov av samverkan är vanligt **17**
Bilaga 2 Regelverk, överenskommelser och dokument om samverkan m. m. i urval **19**

Parter

Stockholms läns landsting genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommuner i Stockholms län. Om landstinget eller kommunen tecknar avtal med någon annan och överlåter uppgifter de har ansvar för, skall denna överenskommelse tillämpas.

Giltighetstid

Överenskommelsen börjar gälla från parternas undertecknande och gäller till dess överenskommelsen sägs upp eller omförhandlas. Omförhandling av överenskommelsen skall ske om någon part så begär.

Målgrupp

Överenskommelsens målgrupp är vuxna personer från 18 år som har en psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och upplever väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.

Exempel på grupper där behov av samverkan är vanligt framgår av Bilaga 1.

Syfte och mål

Syftet är att personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, arbete och mellanmänskliga relationer.

Målet är att den enskilde får vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och landstingets verksamheter. Ingen ska riskera att hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför bli utan den hjälp som han eller hon behöver. Verksamheterna inom kommun och landsting har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra.

Gemensam samverkansöverenskommelse

Kommunen och landstinget ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) ingå överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning.

Stockholms läns landsting och länets kommuner har enats om denna samverkansöverenskommelse. Den innehåller gemensamma utgångspunkter för samverkan mellan kommunen och landstinget när det gäller personer med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning.

Behovet av att förtydliga och utveckla former för samverkan och ansvar mellan kommuner och landsting uppstår kontinuerligt. Mer specificerade överenskommelser och/eller riktlinjer tas fram kring olika samverkansområden vartefter behov av detta uppstår.

När åldersgränserna för kommunens och landstingets verksamheter är olika kan även BUS-överenskommelsen bli vägledande. Den reglerar samverkan kring barn i behov av särskilt stöd från kommunerna och landstinget i länet.

Aktuella samverkansöverenskommelser mellan kommunerna och landstinget i länet framgår i Bilaga 2.

Den som berörs ska ha inflytande

Förutsättningarna för att uppnå bra resultat ökar när den enskilde och/eller dennes närstående har tillit till att den vård och de insatser som ges fungerar. Vården och insatserna ska därför planeras och utvärderas tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Verksamheterna ska underlätta den enskildes och/eller närståendes möjlighet till delaktighet och självbestämmande. I samband med planering av vård och insatser har personalen därför en viktig roll att informera och vid behov ge vägledning om möjliga alternativ.

Individens hela situation och behov ska vägas in och olika verksamheter ska involveras utifrån de stödbehov som personen har. En viktig förutsättning för att uppnå målet med samarbetet är att verksamheterna deltar i planeringen på jämbördiga villkor med ömsesidig respekt för varandras kompetens och uppdrag.

För unga personer som övergår från verksamhet för barn och ungdomar till verksamhet för vuxna, ska behovet av kontinuitet i vård, insatser och uppföljning särskilt beaktas.

Brukarorganisationer
En utgångspunkt i förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att öka den enskildes och brukarorganisationers medverkan för att skapa bätre arbetssätt och lösningar.

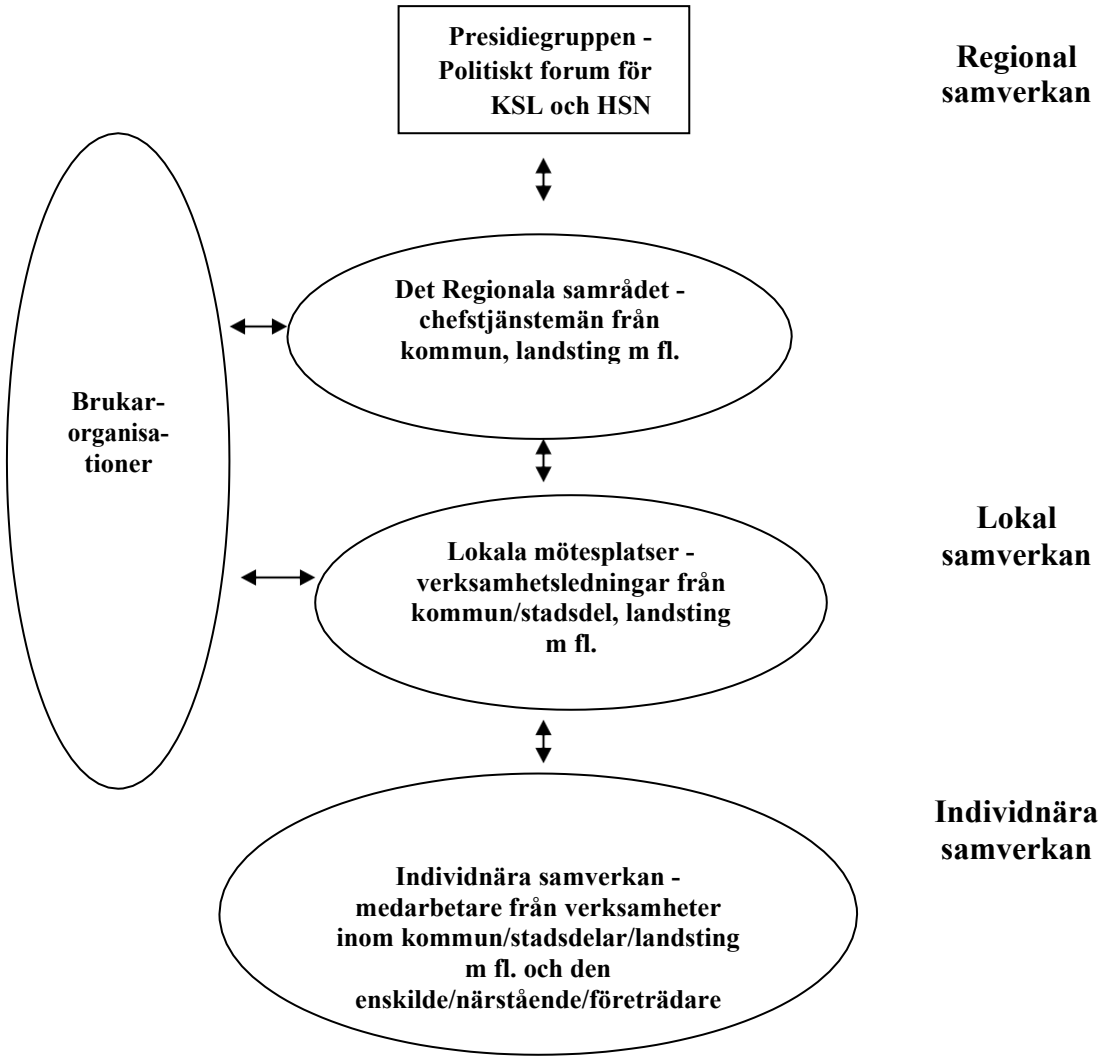
Brukarorganisationer ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal och på regional nivå.

På lokal nivå ska kommun- och landstingsverksamheterna ge brukarorganisationer möjlighet att delta i gemensam samverkan. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål utgör en kunskapskälla som kompletterar forskningen och den beprövade erfarenheten. Gemensam kompetensutveckling kan vara ett sätt.

Strukturer och ansvar för samverkan

En fungerande samverkan bygger på en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen, god kunskap om varandras uppdrag, en jämlik relation och tydliga rutiner. Samverkan på ledningsnivå mellan de olika aktörerna är viktig för att samarbetet kring enskilda individer ska fungera.

Kommun, landsting och andra aktörer behöver träffas för att tillsammans diskutera och besluta om gemensamma frågor. Sådana mötesplatser behöver finnas på olika nivåer och med olika yrkesgrupper. Strukturen för samverkan kring målgruppen kan med fördel knytas till redan etablerad samverkansstruktur som finns kring personer med missbruks/beroendeproblem enligt Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende.



Samverkan på regional nivå

På politisk nivå

Presidiegruppen är ett politisk forum för samverkan mellan landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd, HSN och Kommunförbundet Stockholms län, KSLs sociala välfärdsberedning. Uppdraget är bland annat att uppmärksamma brister i samverkan, undanröja hinder för samverkan och stötta utvecklingen av vård och omsorg i Stockholms län.

På tjänstemannanivå

Länet har ett regionalt samråd med chefstjänstemän från socialtjänsten, landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning,primärvården, psykiatrin och beroendevården samt från Kriminalvården. Det regionala samrådet har i uppdrag att följa upp och utveckla samverkan enligt denna överenskommelse och enligt Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende.

Det regionala samrådet ska genom att följa upp samverkan i länet bland annat identifiera hinder i samverkan som kan leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. De analyserar brister och arbetar med att förtydliga och utveckla samverkan tillsammans med kommunernas och landstingets verksamheter.

Uppföljning och utveckling

Områden som regionala samrådet följer upp är exempelvis sammansättning och arbetsformer för lokala samverkansgrupper, samverkansöverenskommelser kring målgrupper, rutiner för arbetet med vård- och omsorgsplanering, aktiviteter för att stärka samverkan mellan huvudmännen till exempel gemensam kompetensutveckling.

Behovet av att förtydliga och utveckla formerna för samverkan och ansvar mellan kommuner och landsting uppstår kontinuerligt. Det regionala samrådet kommer därför att arbeta fram förslag på mer specificerade överenskommelser och/eller riktlinjer kring områden eller målgrupper när sådana behov uppstår.

Samverkan på lokal nivå

Det är en stor utmaning att hitta former för en välfungerande samverkan. Frågor om hur strukturen för samverkan mellan verksamheter och med närstående- och brukarorganisationer ska utformas behöver lösas likväl som de konkreta samverkansrutinerna kring enskilda individer. Behovet av hjälp och stöd från olika verksamheter ska beaktas liksom hur behoven skiftar över tid. Det är viktigt att den enskilde inte själv ska behöva samordna insatserna från de inblandade verksamheterna.

Lednings- och chefsnivå

Samverkan kring den enskilde förutsätter att lednings- och chefsnivån inom varje verksamhet främjar och prioriterar samverkan genom att:

- Det finns en tydlig struktur och beslutsordning för och uppföljning av samverkan kring den enskilde individen.
- Det finns en samverkansöverenskommelse mellan kommunens och landstingets verksamheter.
- Överenskommelser och rutiner för samverkan är väl kända och att samverkan fungerar internt och mellan olika förvaltningar, verksamheter och vårdgrenar i den egna organisationen.
- Medarbetare har de förutsättningar som krävs för att kunna arbeta i enlighet med gemensamma samverkansöverenskommelser, till exempel kompetens, tid och mandat.

Samverkan på chefsnivå

Det finns god erfarenhet av samverkan på många håll där verksamhetsansvariga från kommun/stadsdels- och landstingsverksamheter regelbundet möts för att diskutera och besluta om angelägna samverkansfrågor. Sådana mötesplatser ska därför finnas kring målgruppen för denna samverkansöverenskommelse.En eller flera kommuner/stadsdelar och de landstingsverksamheter som vanligtvis är berörda inom området bör alltid ingå. Andra verksamheter, huvudmän eller organisationer kan också ingå permanent eller delta vartefter behov uppstår.

Exempel på frågor att samverka kring är:

- samverkansformer och rutiner på såväl organisatorisk som individnivå
- samverkan med brukarorganisationer
- olika behovsgruppers storlek och behov av insatser
- gemensamma utbildningar, kompetensutveckling samt handledning
- stöd till anhöriga/närstående
- rutiner för hur barns behov ska mötas på bästa sätt
- former för hur brister i samverkan ska uppmärksammas och lösas.

Samverkansöverenskommelse

För att underlätta samverkan ska lokal samverkansöverenskommelse mellan kommunens och de landstingsfinansierade verksamheterna finnas. Överenskommelsen, eller flera sådana om behov av detta finns, utformas efter lokala behov som ett stöd för det dagliga arbetet men ska alltid innehålla gemensamma mål och rutiner samt ange hur överenskommelsen ska följas upp och utvärderas.

Evidens-/kunskapsbaserad praktik

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

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

För att skapa gemensam värdegrund och underlätta kommunikationen kan verksamheterna arrangera gemensam fortbildning och kompetensutveckling och vid behov gemensam handledning. Kunskap om respektive huvudmans lagrum, uppdrag och arbetssätt liksom frågor om synsätt och värdegrund är exempel på ämnen som kan ingå.

Individnära samverkan

Samverkan kring individen innebär vanligtvis fyra viktiga faser:

- *Behoven uppmärksammas*

Vilka behov har den enskilde individen och vilka verksamheter är engagerade? Behöver vård och insatser samordnas med stöd som han eller hon redan har från dessa? Behövs ytterligare stöd från andra verksamheter? Finns det barn som behöver uppmärksammas?

- *Vård och insatser planeras och samordnas*

Planeringen görs tillsammans med den enskilde och/eller dennes närstående/annan företrädare. Det är viktigt att personalen från de verksamheter som deltar i planeringen har tillräckligt mandat för att fatta beslut.

- *Planeringen dokumenteras*

Planeringen av parternas vård och insatser för den enskilde och eventuella barn dokumenteras.

- *Uppföljning och utvärdering*

Det är viktigt att den gemensamt upprättade planen fortlöpande följs upp tillsammans och vid behov revideras.

Gemensamt upprättad vård- och omsorgsplan

Gemensamt upprättad vård- och omsorgsplan är ett samlingsbegrepp för olika planer som kan bli aktuella att ta fram tillsammans mellan kommun och landsting. Skyldigheten att tillsammans upprätta en individuell vård- och omsorgsplan, (med olika benämningar) framgår bl.a. av de lagar och den överenskommelse som berörs nedan.

Individuell plan

I 2 kap 7 § SoL och 3f § HSL infördes 1 januari 2010 bestämmelser om individuell plan som innebär att när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget tillsammans upprätta en individuell plan. Begreppet samordnad individuell plan i Socialstyrelsens termbank (jan 2012) hänvisar till samma lagparagrafer. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Arbetet med den individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte begränsad till personer med stora och omfattande behov utan kan gälla alla människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Behovet av en individuell plan uppmärksammas av kommunen eller landstinget, och den andre huvudmannen är då skyldig att delta i upprättandet av planen. Behovet kan uppmärksammas genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Den enskilde och dennes närstående kan också ta initiativ till en individuell plan och deras uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse.

Den enskilde måste samtycka till att en individuell plan upprättas. Såväl kommunens som landstingets medarbetare ska därför stödja och motivera den enskilde för att få till stånd en individuell plan då det anses nödvändigt.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. De verksamheter som ska ansvara för vård och insatser deltar och godkänner sin del av planen och den enskilde får en kopia på planen.

Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

Vårdplan vid utskrivning från slutenvård

En samordnad vårdplanering ska göras mellan landsting och kommun för personer där behov finns av nya eller fortsatta insatser från t ex öppenvård och socialtjänst efter slutenvården. En vårdplan upprättas efter initiativ från landstingets slutenvård. Stockholms läns landsting och kommunerna i länet har enats om en överenskommelse angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, se bilaga 2.

Samordnad vårdplan vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV)

En samordnad vårdplan ska alltid upprättas och bifogas ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård. Det är den psykiatriska vården som ska ta initiativ till att göra planeringen tillsammans med kommunen.

Den samordnade vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter i landstinget och kommunen som ska svara för vård- och stödinsatser. Om inte socialtjänstens insatser behövs ska detta framgå i den samordnade vårdplanen. Planen utformas så långt möjligt tillsammans med den enskilde och/eller dennas närstående.

Individuell plan enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Den som har en insats enligt LSS skall erbjudas en individuell plan enligt 10 § LSS. Planen skall innehålla beslutade och planerade insatser och upprättas i samråd med den enskilde. Den enskilde kan själv begära att en plan skall upprättas. Kommunen skall arbeta för att insatserna i planen samordnas. Kommunen och landstinget skall underrätta varandra om upprättade planer.

Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till om den enskilde har ett långvarigt behov av habiliterings och - rehabiliteringsinsatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I sådana fall ska särskild person utses som blir ansvarig för samordningen. Stockholms läns landsting och kommunerna har enats om en överenskommelse om riktlinjer och rutiner för samordning av insatser avseende habilitering och rehabilitering, se bilaga 2.

Sekretess vid samverkan
Möjligheterna till samverkan mellan myndigheter och andra samhällsaktörer i enskilda ärenden bygger i princip alltid på den enskildes samtycke i enlighet med lagstiftning om sekretess och tystnadsplikt.

Sekretess hindrar inte att en uppgift lämnas om en enskild eller närstående till denne, från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne:

- inte har fyllt 18 år,
- fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller
- vårdas med stöd av LPT eller LRV

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Om den enskilde inte kan ge sitt samtycke på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl, hindrar inte sekretess att uppgifter som behövs för nödvändig vård, omsorg, behandling, eller annat stöd lämnas från den allmänna vården till annan, allmän eller enskilt, bedriven vård eller socialtjänst.

Ett annat undantag när den enskildes samtycke inte krävs, gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänsten behöver på olika sätt få kännedom om dessa barn för att kunna erbjuda stöd eller skydd. Vid anmälan från hälso- och sjukvården till socialtjänsten bryts sekretess av anmälningsskyldigheten.

Likaså har socialtjänsten rätt att få ta del av information av de som är anmälningsskyldiga, enligt samma sekretessbrytande regel.

Samverkan kring vård och insatser när den enskilde vistas på Hem för vård eller boende (HVB)

Innan frågan om HVB aktualiseras ska huvudmännen ha:

- klargjort den enskildes sociala situation och nätverk, psykiatrisk och somatisk status samt behov av olika former av vård, stöd och insatser
- undersökt om den enskildes behov kan tillgodoses inom det ordinarie utbudet i närmiljön (t ex bostad med särskild service och landstingets öppenvård), och konstaterat att dessa möjligheter är uttömda
- säkerställt att den enskilde och dennes närstående eller annan talesperson fått möjlighet till inflytande under hela planeringen (inventering, behov och placering)

Kommunens och landstingets ansvarsområden förändras inte i och med att den enskilde vistas på HVB jämfört med när den enskilde bor i eget boende. HVB är en biståndsinsats som beviljas av Socialtjänsten enligt SoL och när det behövs ska huvudmännen stödja, motivera och hjälpa den enskilde att göra en sådan biståndsansökan.

Under vistelsen på HVB kan andra socialtjänstinsatser ges enligt SoL eller LSS. Den enskildes behov av landstingets hälso- och sjukvård utgår från en medicinsk bedömning. Vården ges antingen av hemlandstinget, vistelselandstinget eller genom att HVB svarar för den vård och insatser som motsvarar den som ges inom landstingets öppenvård.

Individuell plan

I samband med beslut om placering på HVB ska en individuell plan upprättas. I den individuella planen ska det framgå hur den enskildes behov av socialtjänstinsatser, insatser enligt LSS samt hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses och följas upp under vistelsen på HVB.

Den individuella planen ska vara så preciserad att den kan utgöra underlag för hur kostnaderna ska fördelas mellan huvudmännen i de fall HVB svarar för landstingets hälso- och sjukvård. Huvudregeln är att varje huvudman svarar för de kostnader som kan knytas till var och ens ansvar. Om huvudregeln inte ger tillräcklig vägledning för kostnadsfördelningen ska frågan lösas i samverkan.

Uppföljning

Uppföljning av den enskildes vistelse, vård och insatser som är gemensamt planerade ska gemensamt och regelbundet följas upp av båda huvudmännens berörda verksamheter. Uppföljningen kan göras på olika sätt men ska ske både på individ- och verksamhetsnivå. Tidpunkterna för uppföljning och avstämning ska anges i den individuella planen.

Båda huvudmännen har ansvar

Lagstiftningen anger respektive huvudmans ansvar. I de fall då lagar, föreskrifter och riktlinjer inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser ska frågan lösas genom samverkan och överenskommelser mellan huvudmännen.

Exempel på områden som båda huvudmännen har ansvar för är att:

- tidigt uppmärksamma psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning,
- involvera de huvudmän och verksamheter som behövs för att individen ska få adekvat vård och stöd och samordna dessa,
- ta initiativ till att upprätta en individuell plan då den enskilde har behov av vård och insatser från flera verksamheter och om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Ansvaret gäller oavsett vilken huvudman den enskilda haft kontakt med tidigare,
- erbjuda vård och insatser för att uppnå ökat självbestämmande, delaktighet och inflytande för den enskilde,
- ge rehabiliterande insatser för att den enskilde ska nå stabilitet i sitt boende, sina behandlingskontakter och i sitt arbete/sysselsättning,
- erbjuda olika former av hjälpmedel,
- erbjuda stöd och insatser till närstående, såväl vuxna som minderåriga,
- socialtjänsten har skyldighet att uppmärksamma och utreda barns behov av skydd, stöd och hjälp. Hälso- och sjukvården har skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd.

  Myndigheter vilkas verksamhet berör barn och ungdom och all personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om man befarar att ett barn far illa. Skyldigheten omfattar exempelvis skolverksamhet, barna- och mödravårdscentraler, husläkarverksamheter, barn- och ungdomspsykiatri tandvård, beroendevård, vuxenpsykiatri, polis och kriminalvård.

Kommunernas uppdrag

Kommunernas socialtjänst ger frivilligt stöd och insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso och sjukvårdslagen (HSL). SoL ger inte kommunerna någon rätt att använda tvång. Tvång i samband med missbruk regleras i Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt i Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Samordning av insatser behövs vanligtvis med hälso- och sjukvården då den enskilde inte kan tillgodogöra sig socialtjänstens insatser om han eller hon inte samtidigt får vård och behandling vid landstingets avtalade verksamheter.

Socialtjänsten är skyldig att göra en utredning enligt SoL när en enskild ansöker om en insats. Handlar det om en anmälan görs först en bedömning om en utredning behövs. Socialtjänstens utredningar innehåller alltid en kartläggning av den enskildes behov och problem ur ett helhetsperspektiv. Utredningen ligger till grund för beslut om eventuella insatser. Ansökan om insatser kan också göras enligt LSS och ska då utredas enligt denna lag.

Insatserna och stödet från socialtjänsten ser ut på många olika sätt, de anpassas efter vem den enskilde är, vilka problem personen har och vad han eller hon behöver. Kommunerna organiserar socialtjänsten olika vilket gör att ansvarsfördelningen mellan enheter, avdelningar och verksamheter varierar.

Barn och unga

Socialtjänsten erbjuder olika typer av stöd såsom konsultation, dag- och öppenvård, utredningsinsatser och boendestöd. De arbetar även med uppsökande av ungdomar i riskmiljöer.

Funktionsnedsättning

Socialtjänsten ska bistå dem som har en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning att hitta rätt form av stöd och omsorg för att kunna bo, arbeta, studera eller delta i fritidsaktiviteter. Socialtjänsten kan ge insatser i form av exempelvis information, sysselsättning och anpassning av bostad.

Missbruk och förebyggande arbete

Kommunen har det yttersta ansvaret för att personer med missbruksproblem får det stöd och den hjälp som de behöver för att sluta med sitt missbruk. I det ansvaret ingår också att informera om skadeverkningarna av alkohol och droger och att söka upp personer som kan antas vara i behov av hjälp.

Äldre 65+

Äldreomsorgen är för dem som har fyllt 65 år och som har ett behov av hjälp eller stöd i sin vardag. Äldreomsorgen kan ge olika insatser som till exempel hemtjänst, ledsagning, dagverksamhet eller vård- och omsorgsboende.

Landstingets uppdrag

Verksamheternas uppdrag framgår av de avtal som upprättas med landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Husläkarverksamheten är förstahandsvalet av hälso- och sjukvård inom ramen för LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå) för barn och vuxna. Vårdgivaren ska utan avgränsningar för såväl fysiska som psykiska sjukdomar inklusive missbruk och beroende, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Dessa insatser ska inte kräva sjukhusens eller andra specialisters medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och ungdomar i åldrarna 0 till och med 17 år med psykisk störning, sjukdom eller relationsproblem, som utgör hinder för personlig växt och mognad och där de psykiska problemen ska vara av sådan omfattning och intensitet att hjälpinsatser på specialistnivå är nödvändig.

Den specialiserade beroendevården ansvarar för att medicinskt utreda och behandla personer med svår eller komplicerad problematik när det gäller alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. Beroendevård för vuxna riktar sig till personer 18 år och äldre medan verksamheterna för barn och ungdomar riktar sig till personer upp till och med 19 år.

Den specialiserade psykiatriska vården riktar sig till personer 18 år och äldre som är i behov av psykiatrisk vård på specialistnivå. Det innefattar psykiatrisk vård som inte inryms i primärvårdens uppdrag. I uppdraget ingår att förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa. Den psykiatriska vården ges enligt HSL och Lagen om Tvångsvård (LPT) i öppen- och sluten vård. Vårdutbudet ska vara uppdelat för akuta och planerade insatser i öppen- och slutenvård samt anpassas till den enskildes behov av vård och behandling, omhändertagande och erbjuda god vårdmiljö.

Psykiatrin ska erbjuda konsultationer till andra vårdgivare inom sitt geografiska område. De ska också bistå med specialistkompetens till andra huvudmän i området kring enskilda individer. De ska medverka i upprättande av rutiner för detta i samverkansöverenskommelser med andra vårdgivare och huvudmän.

Den rättspsykiatriska vården svarar för psykiatrisk vård under tiden den enskilde avtjänar ett fängelsestraff eller när rättspsykiatrisk vård ges som påföljd istället för fängelsestraff. Personer som har en villkorad påföljd i frihet exempelvis i form av skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård får sin vård inom rättspsykiatrin eller inom vuxenpsykiatrin.

Habiliteringen erbjuder råd, stöd och behandling till personer med funktionsnedsättningar, till exempel utvecklingsstörning, autism, Aspergers syndrom och rörelsehinder. Patienten kan samtidigt få insatser från psykiatrin.

Primärvårdsrehabilitering och specialiserad sjukgymnastik möter patienter med vitt skilda behov av rehabiliteringsinsatser som ibland behöver samordnas med vård och insatser från andra vårdgivare. Samverkansbehov finns vanligtvis kring personer med psykisk ohälsa, smärta, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och ätstörning.

Bilaga 1
Exempel på grupper där behov av samverkan är vanligt

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

Vård och insatser behövs ofta samtidigt och samordnat från flera aktörer. Utöver läkemedels- och psykologisk behandling behövs ofta stöd för att behålla stabiliteten i boendet och i arbetet eller för att kunna fullfölja en utbildning. Periodvis kan även stöd för att upprätthålla fungerande relationer till familj och närstående behövas.

Läs mer: Nationella riktlinjer; Psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen 2011).

Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Det är viktigt att utvecklingsrelaterad/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning uppmärksammas så tidigt som möjligt så att behandling, habilitering och andra insatser kan påbörjas och problem förebyggas. Vid diagnostik ska kartläggning av eventuell samtidig psykisk sjukdom ingå. En funktionsbedömning kan ligga till grund för stödinsatser i studier/arbete/sysselsättning, i boendet och på fritiden. Behov av kognitivt stöd inklusive hjälpmedel ska tillgodoses. För att insatser för behandling och stöd ska vara effektiva krävs samverkan mellan flera olika verksamheter.

Läs mer: Regionalt vårdprogram; ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna (Stockholms läns landsting 2010) www.vardsamordning.se

Personer med missbruksproblem

Personer med både missbruk och psykisk sjukdom eller personlighetsstörning far ofta illa, bland annat som en följd av att de trots kontakt med flera myndigheter/aktörer ändå lätt hamnar mellan olika ansvarsområden. Samtidiga och samordnade insatser är därför viktiga.

Läs mer: Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007)
Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende (KSL och SLL 2008)
Fokusrapporten Behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk (Stockholms läns landsting 2004).
www.vardsamordning.se

Personer inom kriminalvården

Sjukvårdsbehov och sjukvårdande insatser för personer som vistas på fängelser och häkten skiljer sig principiellt inte från annan sjukvård samtidigt som en stor del av den vård som efterfrågas på primärvårdsnivå av flera skäl tillhandahålls av Kriminalvården själv. Vid såväl inledningen som vid utslussning från Kriminalvården behöver samverkan etableras kring den enskildes behov av insatser och för att säkerställa kontinuiteten i redan påbörjade insatser.

Äldre personer (65+)

Området befinner sig mellan psykiatri, geriatrik, socialpsykiatri, äldreomsorg och primärvård och ställer höga krav på samverkan mellan olika verksamheter samt personalens kompetens. Kunskapen om äldres psykiska ohälsa och vilka metoder som är effektiva för att möta denna har ökat men kunskapen behöver spridas. Även närstående till äldre med psykisk ohälsa är en grupp som behöver uppmärksammas.

Läs mer: Nationella riktlinjer; Vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010). Fokusrapport; Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar (Stockholms läns landsting 2005) www.vardsamordning.se

Bilaga 2
Regelverk, överenskommelser och dokument om samverkan m.m. i urval

Gemensamma överenskommelsen mellan kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting

- BUS- överenskommelse, samverkan kring barn i behov av särskilt stöd, *under framtagande*
- Överenskommelse om samverkan kring hjälpmedel, *under framtagande*
- Överenskommelse om riktlinjer och rutiner för samordning av insatser avseende habilitering och rehabilitering, 2011
- Riktlinjer och rutiner för bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, 2011
- Överenskommelse angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, 2010
- Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende, 2008.

Stockholms läns landsting

- Regionalt vårdprogram, ångestsyndrom, 2011
- Regionalt vårdprogram, suicidnära patienter, 2010
- Regionalt vårdprogram, ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna, 2010
- Fokusrapport, 10 åtgärder för att främja unga vuxnas psykiska hälsa, 2009
- Fokusrapport, Vuxna personer med utvecklingsstörning och deras behov av hälso- och sjukvård, 2009
- Regionalt vårdprogram, Depression och bipolär sjukdom, 2007
- Fokusrapport, Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk, 2004

Brukarperspektiv

- Börjeson M & Karlsson M, Brukarmakt - i teori och praktik, 2011
- Patient och brukarmedverkan. Positionspapper för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2010
- RFHL, Från mottagare till medspelare, 2010. Skriften är framtagen inom ramen för RFHLs arbete med utveckling av brukarmedverkan inom missbruks- och beroendevården.
- Nordén H och NSPH, Kunskap att hämta - brukarmedverkan för en bättre psykiatri, 2008
- SOU 2006:6, Så vill vi ha det är patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet, 2006
- www.nsph.se har informations- och studiematerial att beställa/ladda ner.
- www.handisam.se har informationsmaterial som vänder sig till både kommun och landsting.

Sveriges kommuner och landsting

- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, cirkulär 09:66, 2009
- Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till barn, cirkulär 09:65, 2009
- Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m m, cirkulär 09:04, 2009

Socialstyrelsen

- Äldres psykiska ohälsa, en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser, 2011
- Nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, 2011.
- SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011
- Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, 2010
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2010
- Meddelandeblad, Överenskommelser om samarbete, 2010
- Meddelandeblad, Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år, 2010
- Meddelandeblad, Stöd till anhöriga ställer krav på strategi, 2009
- Samverkan i re-/habilitering, en vägledning, 2008
- SOSFS 2008:18 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 2008
- SOSFS 2007: 10 och 2008:20, Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, 2007 och 2008
- Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård, 2007

Andra tryckta källor

- Proposition 2008/09:193. Vissa psykiatrifrågor m.m.

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145, 100 64 Stockholm

Telefon: 08-615 94 00
www.ksl.se

Stockholms läns landsting
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00
www.uppdragsguiden.sll.se