

# Länsövergripande överenskommelse om samverkan

-för kommuner och region i Dalarnas län kring  
personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år



Datum  
2020-07-01

Giltigt t.o.m  
2024-06-30

Diarienummer  
Dnr: RD21/00517

Versionsnummer  
4

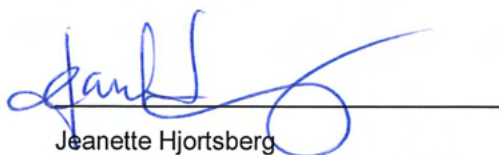
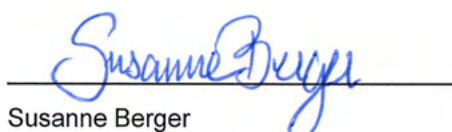
För verksamhet  
Länets kommuner och Region Dalarna

Godkänt av  
Länsnätverket för förvaltningschefer och  
Välfrädrädet



<b>Dokumenttyp:</b> Länsövergripande överenskommelse	<b>Dokumentnamn:</b> Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och region i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år.
<b>Giltigt från och med:</b> 2021-07-01	<b>Giltigt till och med:</b> 2024-06-30
<b>Ansvarig för revidering</b> Region Dalarna	<b>Diarienummer:</b> RD21/00517
<b>Version:</b> Version 4	<b>Godkänd av:</b> Länsnätverket för förvaltningschefer 2021-04-16 Välfärdsrådet 2021-05-27
<b>Dokumenthistorik:</b> Version 3 2017-02-03--2019-12-31 Version 2 2015-04-01--2016-12-31 Version 1 2013-11-01--2016-12-31	<b>Parter:</b> <input type="checkbox"/> Region Dalarna <input type="checkbox"/> Avesta kommun <input type="checkbox"/> Borlänge kommun <input type="checkbox"/> Falu kommun <input type="checkbox"/> Gagnefs kommun <input type="checkbox"/> Hedemora kommun <input type="checkbox"/> Leksand kommun <input type="checkbox"/> Ludvika kommun <input type="checkbox"/> Malung-Sälens kommun <input type="checkbox"/> Mora kommun <input type="checkbox"/> Orsa kommun <input type="checkbox"/> Rättviks kommun <input type="checkbox"/> Smedjebackens kommun <input type="checkbox"/> Sätters kommun <input type="checkbox"/> Vansbro kommun <input type="checkbox"/> Älvdalens kommun  Kommunerna benämns i överenskommelsen gemensamt <i>kommunerna</i> och var för sig <i>kommun</i> .  Region Dalarna benämns <i>regionen</i> . Kommunerna och Region Dalarna benämns gemensamt <i>parterna</i> eller <i>huvudmännen</i> .

Underskrift:

Ulrika Gärdback  
Ordförande Länsnätverket för förvaltningscheferJeanette Hjortsberg  
Vice ordförande Länsnätverket för förvaltningscheferSofia Jarl  
Ordförande VälfärdsrådetSusanne Berger  
Vice ordförande Välfärdsrådet

## Innehåll

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrund	5
1.2	Syfte med överenskommelsen	6
1.3	Målgrupp	6
1.4	Gemensamma mål	6
1.5	Framtagande av överenskommelsen	7
1.5.1	Dalarnas samverkans- och stödstruktur	7
<b>2.</b>	<b>Utgångspunkter</b>	<b>8</b>
2.1	Lagstiftning med koppling till överenskommelsen	8
2.2	Brukarmedverkan och inflytande	8
2.3	Skyldighet att samverka	8
2.4	Jämlikhet och jämställdhet	8
2.5	Överenskommelser med koppling till målgruppen personer med funktionsnedsättning från 18 år	9
2.6	Riktlinjer med koppling till målgruppen personer med funktionsnedsättning från 18 år	9
2.7	Rutiner för samarbete kring personer med funktionsnedsättning från 18 år	9
2.8	Övriga dokument	10
<b>3.</b>	<b>Ansvarsfördelning</b>	<b>10</b>
3.1	Gemensamt ansvar för region och kommuner	10
3.1.1	Samordnad individuell plan (SIP)	10
3.1.2	Vård- och stödsamordning	11
3.2	Regionens ansvar	11
3.3	Kommunernas ansvar	12
<b>4.</b>	<b>Specifikt för samverkansöverenskommelsen rörande personer med funktionsnedsättning</b>	<b>13</b>
4.1	Ansvar för boende	13
4.2	Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering	13
4.3	Stöd till anhöriga och närstående	14
4.4	Ansvar för personliga ombudsverksamheter	14
4.5	Ansvar för hjälpmedel	14
4.6	Suicidprevention och stöd till efterlevande	15

---

<b>5.</b>	<b>Identifierade målgrupper som särskilt beaktas för samordnade insatser</b>	<b>15</b>
5.1	Personer med samsjuklighet	15
5.1.1	Psykologutredning vid samtidigt missbruk/beroendetillstånd	15
5.2	Äldre personer med funktionsnedsättning	16
5.3	Barn och unga/unga vuxna och hälsa	16
5.4	Personer med psykisk funktionsnedsättning som har barn	16
5.5	Personer som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård	17
5.6	Personer med andra funktionsnedsättning och psykisk ohälsa/psykisk sjukdom	17
<b>6.</b>	<b>Lokala överenskommelser</b>	<b>19</b>
6.1	Framtagande av den lokala överenskommelsen	19
6.2	De skriftliga lokala överenskommelsernas innehåll	20
<b>7.</b>	<b>Implementering</b>	<b>21</b>
<b>8.</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>22</b>
8.1	Systematisk uppföljning och analys	22
<b>9</b>	<b>Avvikelsehantering och hantering av tvister</b>	<b>23</b>
9.1	Tvist på regional nivå	24
9.2	Tvist på lokal nivå	24
<b>10.</b>	<b>Giltighetstid</b>	<b>25</b>
<b>11.</b>	<b>Ikraftträdande</b>	<b>25</b>
<b>12.</b>	<b>Utvärdering och revidering av den regionala samverkansöverenskommelsen</b>	<b>26</b>

---

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Psykisk ohälsa är en mycket stor folkhälsoutmaning som kräver förebyggande såväl som riktade insatser. Personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning.<sup>1</sup> Samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och andra berörda aktörer måste fungera mer behovsstyrt, sömlöst och effektivt för att den som har exempelvis samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa inte ska riskera att hamna mellan stolarna.

Regioner och kommuner har en central roll i arbetet med att främja hälsa och att förebygga sjukdomar.

Det nationella målet för funktionshinderpolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet beaktas.

För att nå det nationella målet ska genomförandet inriktas mot fyra områden; principen om universell utformning, befintliga brister i tillgänglighet, individuella stöd och lösningar för individens självständighet samt förebygga och motverka diskriminering.<sup>2</sup>

Universell utformning handlar om att göra rätt från början, att utforma och planera samhället så att man inte utesluter någon av sina invånare. Genom att från början tillgodose ett brett spektrum av behov och förutsättningar undviker man att skapa otillgänglighet och behov av anpassningar i efterhand.

De mål som har beslutats inom ramen för FN:s Agenda 2030<sup>3</sup> utgör en viktig del i arbetet med funktionshinderspolitiken och pekar tydligt ut ett antal områden där insatser för personer med funktionsnedsättning särskilt behövs. Det gäller områden som till exempel utbildning, mer tillgänglig arbetsmarknad och minskad ojämlikhet.

Denna överenskommelse utgör ett länsövergripande lagstadgat styrdokument med syfte att stödja den regionala och lokala nivån, det vill säga Dalarnas 15 kommuner och Region Dalarna, i samverkansfrågor rörande personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år. I överenskommelsen tydliggörs dels huvudmännens lagstadgade ansvarsområden, enskilt och gemensamt i samverkan, dels hur arbetet kan utvecklas och genomföras utifrån bästa tillgängliga kunskap, en evidensbaserad praktik (EBP).<sup>4</sup>

Vidare utgör denna regionala länsövergripande samverkansöverenskommelse en grund för att lokala samverkansöverenskommelser kan tas fram inom varje kommun, mellan en specifik kommun och regionen, utifrån specifika förutsättningar och behov på den lokala nivån för personer som har behov av samplanerade insatser.

Genom att de lokala samverkansöverenskommelserna tar sin utgångspunkt i den regionalt framtagna överenskommelsen, säkerställs förutsättningarna för att invånarna i länet ges en likvärdig och jämlik vård och omsorg.

<sup>1</sup> FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Art 25 Hälsa

<sup>2</sup> Prop. 2016/17:188 Nationellt mål och inriktning för funktionshinderpolitiken.

[https://www.regeringen.se/49aa12/contentassets/0571a7504d49428292a6ab114e4b0263/nationellt-mal-och-inriktning-for-funktionshinderspolitiken-prop-2016-17\\_188](https://www.regeringen.se/49aa12/contentassets/0571a7504d49428292a6ab114e4b0263/nationellt-mal-och-inriktning-for-funktionshinderspolitiken-prop-2016-17_188)

<sup>3</sup> <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

<sup>4</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/>

## 1.2 Syfte med överenskommelsen

- att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen
- att stärka samverkan mellan huvudmännen
- att genom tydliggörande och reglering av samverkan undvika att personer med funktionsnedsättning "hamnar mellan stolarna".
- att tillgodose individens behov av vård och stöd utifrån ett helhetsperspektiv

När huvudmännen har olika uppfattningar om vem som ska göra vad eller vad man ska göra tillsammans, ska överenskommelsen ge vägledning.

Ytterst sett handlar det om att tillsammans utveckla en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorgskedja av hög kvalitet för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

## 1.3 Målgrupp

Målgruppen för denna samverkansöverenskommelse är personer från 18 år som till följd av psykiska funktionsnedsättningar<sup>5</sup> är i behov av vård- och stödinsatser från både kommun och region<sup>6</sup>. Exempel på grupper där samverkan är särskilt viktig är personer med psykisk funktionsnedsättning och samtida missbruk, personer med intellektuell funktionsnedsättning samt äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar.<sup>7</sup>

Behovet av samverkade insatser ska inte vara beroende av diagnos utan det ska vara graden av funktionsnedsättning som är avgörande.

## 1.4 Gemensamma mål

- Samverkan ska genom en sömlös vård- och stödkedja främja förbättrad psykisk och fysisk hälsa.
- Samverkan ska främja individens möjligheter att uppnå ett självständigt liv. Individens egna resurser ska tillvaratas.
- De insatser som erbjuds ska utgå ifrån ett helhetsperspektiv där individen är delaktig och där individens integritet och självbestämmande respekteras.
- Huvudmännen ska tillsammans främja en effektiv, kunskapsbaserad, jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning, oavsett var i länet du bor.
- Överenskommelsen ska utgöra en grund för framtagande och implementering av lokala samverkansöverenskommelser i varje enskild kommun, mellan den kommunen och regionen.

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsens termbank. Definition funktionsnedsättning: En funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

<sup>6</sup> HSL 5 kap. 8 § SoL och 16 kap. 3 §

<sup>7</sup> Stöd vid framtagande av lagstadgade överenskommelser för vissa målgrupper, Uppdrag psykisk hälsa, 2020.

## 1.5 Framtagande av överenskommelsen

Denna överenskommelse är framtagen i bred samverkan mellan kommunerna i Dalarna och Region Dalarna. Arbetet har letts av utvecklingsledare från avdelningen Hälsa och välfärd och haft sin utgångspunkt i en arbetsgrupp och en referensgrupp. Representanter i arbetsgrupp och referensgrupp är utsedda av Länsnätverket för förvaltningschefer, genom en nomineringsprocess.

Brukarnas perspektiv har varit en viktig utgångspunkt i arbetet med överenskommelsen. Praktiskt har brukarnas perspektiv beaktats genom att i referensgruppen inkludera brukarrörelsen; Balans Dalarna, IFS Dalarna/Schizofreni samt FUB (Riksförbundet för barn, unga och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning). När frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse fortledes planeras och följs upp ska brukarföreträdare ges möjlighet till delaktighet och inflytande på regional nivå och om möjligt även på lokal nivå.

### 1.5.1 Dalarnas samverkans- och stödstruktur

Den regionala samverkans - och stödstrukturen, RSS Dalarna, verkar på länsnivå med kunskapsstyrning- och utveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt med att stödja samverkan mellan länets femton kommuner och Region Dalarna. RSS drivs genom Avdelningen för hälsa och välfärd i Region Dalarna. En samordning av arbetet inom RSS sker också med regionens system för kunskapsstyrning.<sup>8</sup>

#### RSS DALARNA ÄR UPPBYGGD GENOM OLIKA GRUPPERINGAR:

- Välfärdsrådet är ett politiskt samverkansorgan på övergripande och strategisk nivå för länets socialtjänst och hälso- och sjukvård.<sup>9</sup>
- Länsnätverket för förvaltningschefer är ett samverkansorgan på högsta tjänsteledningsnivå för länets socialtjänst och hälso och sjukvård.<sup>10</sup>
- Lokala arbetsgrupper (LAG) och referensgrupper utgör operativa arbetsgrupper som består av personal med adekvat kompetens och funktion från kommuner och regionen. LAG får uppdrag av Länsnätverket för förvaltningschefer.

---

<sup>8</sup> Målet med kunskapsstyrning är att nå en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg av hög kvalitet. Kunskapsstyrningens delar (kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap) främjar en evidensbaserad praktik (EBP). Läs mer om kunskapsstyrningen på SKR:s hemsida: [https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning\\_48276.html](https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning_48276.html) och på Region Dalarnas hemsida: <https://www.regiondalarna.se/plus/varld/kunskapsstyrning/>

<sup>9</sup> Välfärdsrådets ledamöter utgörs av ordförande i socialnämnd eller motsvarande nämnd från länets femton kommuner. Regionens ledamöter består av presidiet i Region Dalarnas hälso- och sjukvårdsnämnd.

<sup>10</sup> I Länschefsnätverket representeras kommunerna av högsta chefstjänstemannaledning från socialtjänstförvaltningen (eller dylik förvaltning). Regionen representeras av chefer inom hälso- och sjukvårdsledningen.

## 2. Utgångspunkter

### 2.1 Lagstiftning med koppling till överenskommelsen

- Hälso- och sjukvårdslagen HSL (2017:30)
- Socialtjänstlagen SoL (2001:453)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS (1993:387)
- Patientlag (2014:821)
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
- Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser<sup>11</sup>

### 2.2 Brukarmedverkan och inflytande

Av 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående ska ges möjligheter att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Syftet med kravet är att överenskommelsen ska utformas utifrån intressen hos dem som har behov av tjänsterna och inte bara innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art.<sup>12</sup> Brukarorganisationernas erfarenheter och kunskaper bidrar till bättre och effektivare sociala stödinsatser och vårdinsatser.<sup>13</sup>

### 2.3 Skyldighet att samverka

Sedan den 1 januari 2010 är regioner och kommun genom likalydande bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (8a § HSL) och i Socialtjänstlagen (5 kap 8 a § SoL) skyldiga att ha överenskommelser om samarbetet när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete gällande tre målgrupper:<sup>14</sup>

- Personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopingmedel eller spel om pengar.
- Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

### 2.4 Jämlikhet och jämställdhet

Överenskommelsen har sin utgångspunkt i jämlikhet och jämställdhet. Det handlar om att alla vuxna (oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning) i lika stor utsträckning får vård- och stödinsatser utifrån sina behov och att verksamheten håller en jämn och hög kvalitet oavsett vem den enskilde är och möter.<sup>1516</sup>

---

<sup>11</sup> Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, Finsamlagen, infördes år 2004. Lagen gör det möjligt för totalt fyra parter att bilda ett lokalt förankrat samordningsförbund där varje part står för en fjärdedel av de totala medlen. Dessa parter är kommuner (en eller flera), regioner (en eller flera), Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

<sup>12</sup> Proposition 2008/09:193 s. 16.

<sup>13</sup> Prop. 2008/09:193, 185, Ambition och ansvar SOU 2006:100

<sup>14</sup> 5 kap. 8 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL. 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL. 5 kap. 1 d § SoL. 16 kap. 3 § HSL.

<sup>15</sup> SKR- rapport:<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/ojamstalldhetihalsaochvard.29221>

<sup>16</sup> Jämställ.nu <https://www.jamstall.nu/>



## 2.5 Överenskommelser med koppling till målgruppen personer med funktionsnedsättning från 18 år:

- Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopingmedel eller spel om pengar.
- Länsövergripande samverkansöverenskommelse för barns och ungas hälsa.
- Länsövergripande överenskommelse om *ansvarsfördelning* när kommunen beslutar om placering på hem för vård eller boende (HVB).
- Rehabilitering, habilitering inklusive hjälpmedel i Dalarnas län – Länsövergripande överenskommelse och *anvisning* inklusive bilaga 1: *Hantering av kostnader* för Hjälpmedel.<sup>17</sup>
- Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SUS).<sup>18</sup>
- Överenskommelse om samarbete vid tandvårdsstöd och uppsökande munhälsobedömning.<sup>19</sup>

## 2.6 Riktlinjer med koppling till målgruppen personer med funktionsnedsättning från 18 år:

- Länsövergripande riktlinjer för samverkan i samband med egenvård och hälso- och sjukvård.<sup>20</sup>

## 2.7 Rutiner för samarbete kring personer med funktionsnedsättning från 18 år:

Regionen ansvarar för att klargöra ansvarsområden och skapa samarbetsrutiner för samverkan inom regionen.

- [Vårdintygsbedömning enligt LPT – Arbetsfördelning primärvård vuxenpsykiatri](#)
- [Öppen Psykiatrisk Tvångsvård och Öppen Rättpsykiatrisk Vård](#)
- [Överenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri](#)
- [Samverkansdokument autism mellan vuxenpsykiatri och vuxenhabiliteringen i Dalarna](#)
- [Samverkans- och samarbetsdokument mellan BUP och vuxenpsykiatri](#)
- [Psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och barnafödande](#)
- [Samarbete avdelning 65, bedömning / inskrivning](#)

<sup>17</sup><https://www.regiondalarna.se/contentassets/b072628e665f4656b597e7ba172b01e1/overenskommelse---rehabilitering-habilitering-hjalpmedel-inkl-bil-1>

<sup>18</sup><https://www.regiondalarna.se/contentassets/50eb0953bacb43e2966160f9be076585/overenskommelse-samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard-2020-2022>

<sup>19</sup><https://www.regiondalarna.se/contentassets/5101523347bc4568b8b9b607c8210f40/overenskommelse-tandvard-kommun-ftv-td-ifyllbar>

<sup>20</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/e49439dbe08d484f8b668b75482fe4d6/lansovergripande-riktlinje-samverkan-i-samband-med-egenvard-och-halso-och-sjukvard>

## 2.8 Övriga dokument:

De nationella vård- och insatsprogrammen(VIP)<sup>21</sup> för psykisk ohälsa ska tillsammans med insatser för att stödja implementering öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ.

Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats för både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola ökar förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn.

Följande VIPar är aktuella utifrån målgruppen för överenskommelsen:

- Adhd
- Depression och ångestsyndrom
- Schizofreni och liknande tillstånd
- Självskadebeteende
- Missbruk och beroende

## 3. Ansvarsfördelning

### 3.1 Gemensamt ansvar för region och kommuner

Kommunerna ansvarar för att klargöra ansvarsområden och skapa samarbetsrutiner för verksamheter inom kommunen. Regionen har motsvarande ansvar inom regionens verksamheter.

Varje verksamhet ansvarar för insatser inom ramen för sitt ansvarsområde och gällande lagstiftning. Kommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver, men det inskränker inte det ansvar som vilar på andra huvudmän. Samverkan ska ske på alla nivåer, från förebyggande och hälsofrämjande arbete till specialistvård.

Varje verksamhet och varje enskild medarbetare ska arbeta genom samverkan och därmed arbeta för att individens hälsa ses i en helhet och för att individen inte "hamnar mellan stolarna". Det är inte alltid helt tydligt vem som har ansvar för vad och ofta går ansvaren ihop och är gemensamma. Tillsammans måste parterna därför skapa en bra helhetslösning för den enskilda utifrån dennes behov.

#### 3.1.1 Samordnad individuell plan (SIP)

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.

Upprättande och uppföljning av SIP ska ske enligt de riktlinjer som antagits i Dalarna.<sup>22</sup> Utifrån KPMG:s rekommendation till regionen bör arbetet med SIP stärkas när det gäller uppföljning som kan bekräfta, i vilken mån samverkan via SIP bidrar till att tillgodose brukarnas behov.

<sup>21</sup> <https://www.vardochinsats.se/>

<sup>22</sup> <https://www.regiondalarna.se/plus/vard/halsa-och-valfard/regionala-samverkansdokument/samverkan-vid-utskrivning-fran-slutenvarden/>

Viktigt att även förtydliga villkor och förhållanden som ska vara uppfyllda för att en individ ska ha en SIP och säkerställa att de verkligen innebär att berörda huvudmän samordnar sina insatser så att individens behov tillgodoses.<sup>23</sup>

### 3.1.2 Vård- och stödsamordning

Intentionerna utifrån arbetet med "personcentrerad vård" och "god och nära vård" utgör grundvalen för allt arbete med individen.

Samverkan med personer med psykisk funktionsnedsättning ska syfta till återhämtning. Individens hela livssituation ska beaktas och delat beslutsfattande ska tillämpas. Individen ska utifrån sina behov få del av olika vård- och stödinsatser.

Parterna bör också utveckla metoder att nå de individer som inte själva klarar av att söka vård- och stödinsatser.

### 3.2 Regionens ansvar

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård för den som är bosatt inom regionen<sup>24</sup> Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>25</sup> Här ingår också missbruk- och beroendesjukdomar.

#### REGIONENS ANSVAR:

- Medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL i så väl öppen som slutenvård. Ansvara för insatser enligt LPT, lag (1991: 1128) om psykiatrisk tvångsvård, inom slutenvård och i vissa fall öppenvård.
- Råd och stöd enligt LSS, lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, avseende insatser från olika professioner inom habiliteringen och i vissa fall också inom barn- och ungdomspsykiatri.
- Erbjudande av främjande, förebyggande, stödjande och behandlande insatser till familj och närstående.
- Primärvården ansvarar för första linjens hälso- och sjukvård när det gäller utreda, diagnostisera, behandla och främja hälsa. Detta inkluderar såväl somatisk som psykisk problematik. Primärvården ansvarar för personer med lätt till måttlig psykisk ohälsa. Ansvarar för att behovsprövning för särskilt tandvårdsstöd genomförs samt att ansvarig läkare skickar underlag till Tandvårdsstöd Dalarna. Tandvårdsstödet ger den enskilde rätt att besöka tandvården inom sjukvårdens ekonomiska system.

<sup>23</sup> KPMG/PWC Vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning. Samgranskningar Dalarna, 2019-10-07

<sup>24</sup> 8 kap. 1§ HSL.

<sup>25</sup> 2 kap. 1§ HSL

- Vuxenpsykiatri har det övergripande ansvaret för personer med allvarliga psykiatriska problem och sjukdomstillstånd. Vuxenpsykiatri tillhör den specialiserade hälso-och sjukvården och ansvarar för att utreda, diagnostisera, behandla och rehabilitera personer som är i behov av psykiatrisk vård på specialistnivå i öppna och slutna vårdformer.

I vuxenpsykiatriens uppdrag ingår att tillgodose behov av akut sjukvård för målgruppen samt myndighetsutövning utifrån Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård.(1991:1129)

- Ansvarsfördelningen mellan vuxenpsykiatri och primärvården finns reglerat i gemensamt samverkansdokument<sup>26</sup>.
- Rehabiliteringen är ett komplement inom den specialiserade vården till ordinarie hälso- och sjukvård för personer med medfödd eller tidigt i livet förvärvad varaktig funktionsnedsättning. Rehabiliteringens insatser är relaterade till brukarens funktionsnedsättning. Rehabiliteringens uppdrag omfattar också att ge råd och stöd till föräldrar, syskon och andra närstående till personer med funktionsnedsättning.

Vuxenhabiliteringen har sedan 2017 överfört uppdraget för vuxna med autism utan intellektuell funktionsnedsättning till vuxenpsykiatri. Samarbete och avgränsning regleras i gemensamt samverkansdokument mellan vuxenhabiliteringen och vuxenpsykiatri<sup>27</sup>.

Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannen bör se till att verksamheterna i regionen har en organisation och rutiner som säkerställer att personer som vänder sig till primärvården eller psykiatri med psykiska problem får en god första bedömning. Dessutom ska alla verksamheter ha rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när det finns risk för att en patient eller klient kan skada sig själv eller någon annan.<sup>28</sup>

### 3.3 Kommunernas ansvar

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Socialtjänsten ansvarar för att bedriva främjande, förebyggande och uppsökande verksamhet, erbjuda serviceinsatser samt utreda och besluta om insatser enligt SoL, LSS, LVU och LVM.

---

<sup>26</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/dceb2b05e4394d298f84433fcd8ab19/overenskommelse-om-ansvars--och-uppgiftsfordelning-mellan-primarvard-och-specialistpsykiatri.pdf>

<sup>27</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/dceb2b05e4394d298f84433fcd8ab19/samverkansdokument-autism-mellan-vuxenpsykiatri-och-vuxenhabiliteringen-i-dalarna.pdf>

<sup>28</sup> Ambition och ansvar SOU 2006:100, sid 161

Kommunen ansvarar för att personer som inte själva kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd till försörjning och för sin livsföring i övrigt. Bistånd ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter till att leva ett självständigt liv. Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap. 7 § SoL).

Socialnämnden ska även aktivt sörja för att personer med beroendeproblematik får den hjälp och de vård- och stödsatser som hen behöver (5 kap. 9 § SoL).

Nationell psykiatrisamordning anser att det i varje kommun bör finnas en organisation och rutiner som säkerställer att personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med psykisk sjukdom och missbruk/beroende får sina behov tillgodosedda på ett effektivt och samordnat sätt<sup>29</sup>.

## **4. Specifikt för samverkansöverenskommelsen rörande personer med psykiska funktionsnedsättningar**

### **4.1 Ansvar för boende**

Det finns inga bestämmelser i SoL som ger bostadslösa en allmän rätt till att få en bostad av socialtjänsten. Att det generellt sett är svårare att få ett hyreskontrakt om man har skulder eller betalningsanmärkningar är exempelvis inte i sig ett skäl att bevilja bistånd. Att det är brist på bostäder på den öppna bostadsmarknaden är inte heller i sig skäl nog för bistånd till bostad från socialtjänsten.

Däremot kan socialtjänsten i särskilda fall vara skyldig att tillhandahålla en bostad som bistånd enligt SoL och LSS, exempelvis boende med särskild service. Detta föregås alltid av en ansökan, utredning och beslut om insats.

Om en person endast har behov av exempelvis boendestöd ingår inte bostad utan det ankommer på den enskilde att på egen hand eller med stöd av exempelvis god man eller förvaltare att ansöka om bostad.

Två kriterier ska vara uppfyllda för att socialtjänsten ska ha ett särskilt ansvar för att ordna med bostad:

1. Den enskilde ska vara helt bostadslös.
2. Den enskilde ska ha speciella svårigheter att på egen hand skaffa bostad. Det är inte tillräckligt att man har allmänna svårigheter att anskaffa bostad. Allmänna svårigheter kan vara tillgängligheten på bostäder, låg eller ingen inkomst eller att man av någon anledning ej får skriva bostadskontrakt.

### **4.2 Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering**

Kommunen ansvarar för att det finns meningsfull sysselsättning anpassad efter personens behov av särskilt stöd (SoL kap. 5 § 7).

Regionen ansvarar för att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättningar (HSL 2017:30)

---

<sup>29</sup> Ambition och ansvar SOU 2006:100, sid 164.

För att förbättra möjligheten för personer med funktionsnedsättning att komma ut i arbetslivet har kommuner och regionen ett gemensamt ansvar att samverka med arbetsförmedling och försäkringskassa.

#### **4.3 Stöd till anhöriga och närstående**

Hälsa- och sjukvårdens och kommunernas gemensamma ansvar är att anhöriga och närstående ska ses som en resurs i vård- och stödarbetet kring den enskilde om inte den enskilde motsätter sig detta. Kommun och region ska samarbeta för anhörigas och närståendes bästa.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stödjer en närstående som har funktionsnedsättning. Närstående kan utifrån sin egen situation söka stöd hos kommunen utan den enskildes samtycke.

Hälsa- och sjukvården ska i förebyggande syfte uppmärksamma de som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en närstående. Det är ofta personalen inom hälsa- och sjukvården som först kommer i kontakt med anhöriga och närstående och kan därför tidigt både identifiera och informera om möjligheten att få stöd.

I Habiliteringens uppdrag ingår också att erbjuda stöd till anhöriga och närstående utifrån ett funktionshinderperspektiv.

#### **4.4 Ansvar för personliga ombudsverksamheter**

Kommunen ansvarar för att det finns verksamhet för personliga ombud. Regionen ansvarar för att vara behjälplig med spridning av verksamheten Personligt ombud.

Personligt ombud finns i Dalarnas samtliga kommuner. Ombudet arbetar på uppdrag av den enskilde och fungerar som stöd vid möten och i kontakten med exempelvis sjukvården, försäkringskassan, kommunen och Kronofogdemyndigheten.

Ombudet är behjälpligt vid ifyllande av blanketter och telefonsamtal samt ger tips, råd och information. Ombudet för inga journaler. Vid avslut makuleras dokumentation gällande den enskilde.

Personligt ombud är ingen insats utan en hjälp till hjälpen och är kostnadsfri för målgruppen för denna samverkansöverenskommelse.

#### **4.5 Ansvar för hjälpmedel**

Kostnadsansvaret för personliga hjälpmedel i Dalarna är fördelat mellan Region Dalarna och länets 15 kommuner, enligt överenskommelse.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/b072628e665f4656b597e7ba172b01e1/overenskommelse---rehabilitering-habilitering-hjalpmedel-inkl-bil-1- hantering av kostnader för hjälpmedel> Version 3, diarienummer RD 2016/154 (giltig t.o.m. 30.9.2021)

#### **4.6 Suicidprevention och stöd till efterlevande**

Under år 2019 dog 1 269 personer av suicid i Sverige. Av dessa var 873 män och 396 kvinnor. I Dalarna sker 16 suicid på 100 000 per år.<sup>31</sup> Tidigare har suicidprevention setts främst som ett uppdrag för psykiatrin men på senare tid har denna bild breddats för att inkludera både kommunala och andra regionala verksamheter samt den ideella sektorn.

Riksdagen uppmanar till ett stort och brett samhällsengagemang där alla aktörer hjälper till utifrån sitt perspektiv för att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa<sup>32</sup>. Region Dalarna har tagit fram en strategi för suicidprevention<sup>33</sup>.

### **5. Identifierade målgrupper som särskilt beaktas för samordnade insatser**

#### **5.1 Personer med samsjuklighet; missbruk och beroende och ohälsa i form av annan psykiatrisk diagnos eller näraliggande tillstånd alternativt somatisk sjukdom**

Det är viktigt med tidig upptäckt av samsjuklighet, det vill säga att personen har två eller flera diagnoser. Det kan handla om missbruk, beroende och psykisk ohälsa.

Samsjuklighet kan innebära stora svårigheter för en person att tillgodogöra sig vård och insatser. Det är därför viktigt att ärenden med samsjuklighet prioriteras av respektive huvudman för att uppnå en sammanhållen vård- och omsorgskedja av hög kvalitet för denna särskilt sårbara målgrupp.

Vid samsjuklighet interagerar de olika tillstånden med varandra, något som kan leda till sämre förlopp och sämre följsamhet i behandling. Innan en integrerad behandling inleds genomförs en noggrann kartläggning och utredning för att ta reda på vilka problem individen behöver behandling för.

Kommuner och region ska genomföra en gemensam utredning och planering av de behandlingar och stödinsatser som krävs för att möta den enskildes sammansatta behov. Det är särskilt viktigt att samordnade individuella planer (SIP) upprättas för dessa personer.

##### **5.1.1 Psykologutredning vid samtida missbruk/beroendetillstånd**

Ställning behöver tas till beroendets omfattning och vilka konsekvenser det har för den enskildes kognitiva förmågor. Utifrån detta behöver rekommenderad tid för drogfrihet fattas före eventuell bedömning av neuropsykologiska funktioner. Andra delar i utredningen kan under tiden påbörjas och genomföras. När den enskilde uppvisat drogfrihet bör psykologtest ske skyndsamt.

Samordning med beroendeteam eller kommunens beroendeenhet är ofta av stor vikt för att utredningen ska kunna genomföras och senare behandling ska lyckas.

<sup>31</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/regionala-skillnader/>

<sup>32</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/ett-nationellt-handlingsprogram-for-suicidprevention/>

<sup>33</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/dceb2b05e4394d298f84433fcd8ab19/strategi-for-suicidprevention>

## 5.2 Äldre med psykisk funktionsnedsättning

Det ska finnas kunskap om psykisk ohälsa hos dem som i sitt yrke möter äldre. Respektive verksamhet i kommuner och region ansvarar för att kunskap om psykisk ohälsa hos äldre finns hos personalen och att kompetensutveckling genomförs kontinuerligt.

## 5.3 Barn och unga/unga vuxna och hälsa

I dokumentet *Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa* som även inkluderar barn med psykisk funktionsnedsättning och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, beskrivs hur samverkan mellan kommun och region ska ske.

Ett övergripande mål för samhället är att alla barn ska växa upp under trygga och goda förhållanden. Föräldrarna har det grundläggande ansvaret. Utöver det måste alla berörda myndigheter och andra samhällsorgan ta ett gemensamt ansvar för att tidigt uppmärksamma barn som kan behöva särskilt stöd.

Enligt Barnkonventionen ska barnets behov ses i ett sammanhang där fysisk och psykisk hälsa, relationer, skolsituation, hemsituation samt fritid ömsesidigt påverkar varandra. Insatserna ska utformas utifrån en helhetsbedömning av dessa områden.

Kommuner och region har ansvar, var för sig och gemensamt, att tidigt uppmärksamma barn i behov av särskilt stöd. Många barn behöver särskilda stödinsatser från såväl regionen som från socialtjänst för att kunna få möjlighet till god utveckling.

För att tillgodose dessa barns behov av stöd krävs en nära samverkan mellan regionens och kommunens verksamheter. Socialtjänsten har skyldighet att uppmärksamma och utreda barns behov av skydd, stöd och hjälp. Socialtjänsten har även en skyldighet att se till att samverkan kommer till stånd i frågor som rör barn som riskerar att fara illa eller som far illa.

## 5.4 Personer med psykisk funktionsnedsättning som har barn

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan fungera bra som föräldrar men föräldraförmågan varierar med graden av sjukdom. Hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar att beakta barns behov (5 kap. 7 § HSL).

Socialtjänsten har ansvar för att barn får en trygg uppväxt. Enligt Barnkonventionen ska ett barns intressen aldrig åsidosättas på grund av att olika huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar.

Lokala rutiner för hur anmälan görs ska finnas i alla verksamheter. Det är angeläget att lokala överenskommelser innehåller rutiner för hur barn i utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade.

Gällande orosanmälan för barn anger författningar och myndigheters föreskrifter när anmälan ska göras. Hänvisningar till anmälningsskyldigheten finns i 2 f § HSL, 3 § TL och 6 kap. 5 § PSL.



Anställda inom hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens verksamheter omfattas av anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL. Anmälningsskyldigheten är begränsad till sådant man får kännedom om i sin verksamhet innebärande misstanke om att ett barn far illa. Anmälningsskyldigheten avser barn under 18 års ålder.

Anmälningsskyldigheten omfattar inte ungdomar som fyllt 18 år och inte heller ofödda barn.<sup>34</sup>

### **5.5 Personer som vårdas inom öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård**

Kommunerna ansvarar för att utreda och besluta om det finns behov av sociala insatser under tiden som en person tvångsvårdas.

I samband med utskrivning från slutenvård och under förutsättning att den enskilde medverkar till insatserna och ansöker om dessa enligt socialtjänstlagen eller LSS.

Inför en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) krävs samordning och planering kring varje enskild individ. Avgörande är att huvudmännen kommer överens om vem som har ansvar för vad och att nödvändiga beslut är fattade inför förvaltningsdomstolens beslut om ÖPT eller ÖRV. En samordnad individuell vårdplan undertecknad av alla parter, inklusive den enskilde, är nödvändig inför förvaltningsdomstolens beslut.

Villkoren ska vara tydligt beskrivna och kända för den enskilde och ansvarig personal inom kommun och region.

För mer information hänvisas till SOSFS 2008:18 Psykiatrisk tvångsvård och Rättspsykiatrisk vård, Socialstyrelsen samt handlingsplan för samordnad individuell plan.

Personer inom ÖPT eller ÖRV bör erbjudas personcentrerad vård och en vård- och stödsamordnare som har det yttersta ansvaret kring samverkande insatser och behov.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) och lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129) ska följas. Öppenvårdsmottagningar inom specialistpsykiatri samordnar vårdplaneringsprocessen för personer inom den öppna psykiatriska tvångsvården (ÖPT) och den rättspsykiatriska öppenvården samordnar vårdplaneringsprocessen för personer inom rättspsykiatrisk vård (ÖRV).

### **5.6 Personer med andra funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa/psykisk sjukdom**

Målet för funktionshinderpolitiken och en av inriktningarna på genomförandet av politiken är universell utformning vilket innebär att samhället ska utformas med medvetenhet om den variation som återfinns i befolkningen och möjliggöra att personer med funktionsnedsättning kan att verka i vardagen på samma villkor som människor utan funktionsnedsättning.

---

<sup>34</sup> <https://www.regiondalarna.se/contentassets/dceb2b05e4394d298f84433fdb8ab19/anmalningsskyldighet-om-barns-missforhallanden>

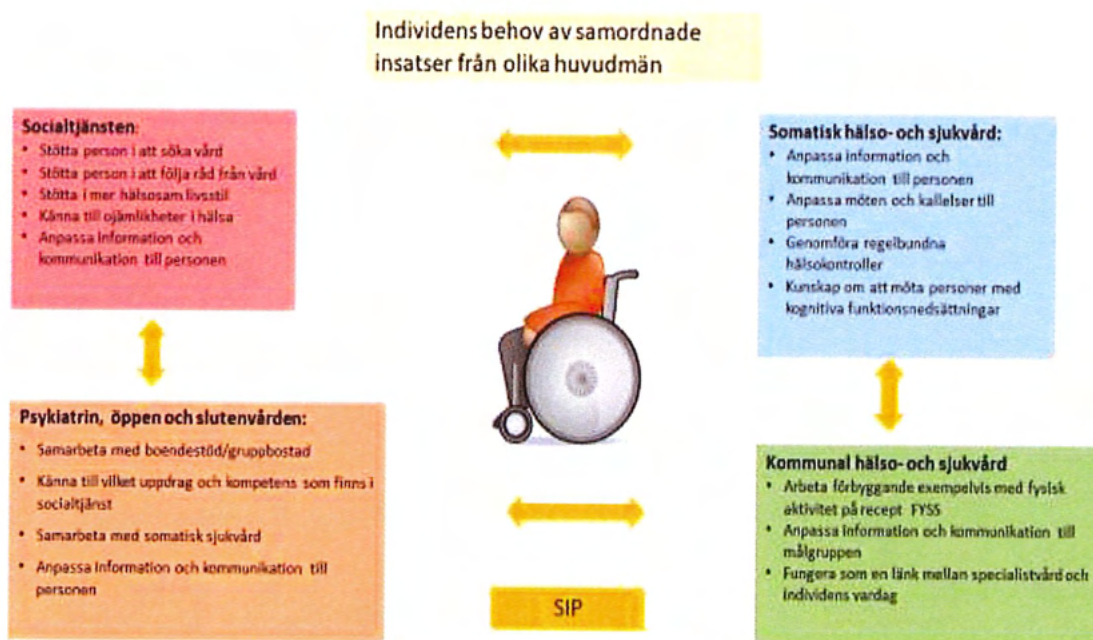
Personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar har sämre somatisk och psykisk hälsa, samt sämre tillgång till vård än andra.

Trots fördelarna med LSS-lagstiftningens och psykiatireformen bidrog dessa samtidigt till att ett glapp skapades när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdskompetens utifrån individens behov. För personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism fanns tidigare, i större utsträckning, specifika omsorgsläkare som var kopplade till individen på ett betydligt närmare sätt. För att en person med funktionsnedsättning ska få jämlik vård behöver vårdgivaren ha särskild kompetens för att förstå patientens specifika behov.

För personer med psykisk funktionsnedsättning, liksom för andra grupper med flera olika diagnoser, är svårigheten idag ofta att ingen har en helhetssyn på både den psykiska och somatiska hälsan och hur dessa samspelar. Personer med funktionsnedsättningar har sämre dokumenterad och självskattad oral hälsa. Detta är något som bör tas med i en helhetssyn och tandvård och behovsprövning av tillgängliga tandvårdsstöd bör ingå som en obligatorisk och naturlig del i SIP.

Personal på boenden och i daglig verksamhet/sysselsättning har en social och pedagogisk kompetens men behöver också kompetens kring hälso- och sjukvård för att minska den ojämlika hälsan och förebygga ohälsa.

I sitt positionspapper om funktionshinder och delaktighet från år 2017 framhåller SKR att åtgärderna för att främja jämlik hälsa bör vara generella men utformade och anpassade utifrån olika gruppers behov och förutsättningar och särskilt utifrån olika funktionsnedsättningar. Ökad kunskap och förändrade arbetssätt behövs både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bilden nedan illustrerar samverkansbehovet kring personer med funktionsnedsättning<sup>35</sup>



## 6. Lokala överenskommelser

Dalarnas femton kommuner har alla olika förutsättningar, behov (både gällande kompetens och utveckling), resurser och samverkansformer. Det är därför viktigt att de enskilda kommunerna och Region Dalarnas verksamheter i kommunen tillsammans formulerar lokala överenskommelser. Syftet är att omsätta den regionala överenskommelsen i praktiken på lokal nivå och uppnå dess syfte och mål. Genom att de lokala samverkansöverenskommelserna tar sin utgångspunkt i den regionalt framtagna överenskommelsen, säkerställs förutsättningarna för att invånarna i hela länet ges en likvärdig och jämlik vård och omsorg.

De skriftliga lokala överenskommelserna i respektive kommun ska klargöra hur samverkan sker och hur den lokala ansvarsfördelningen mellan kommunens och regionens verksamheter ser ut. Tydliggörande bör ske av de lokala strukturer och rutiner som behövs för att komplettera den regionala samverkansöverenskommelsen.

Den bör inkludera förebyggande- och främjande verksamhet, tidiga insatser, tidiga tecken, utredning, vård, insatser, stöd och behandling och beakta relevanta nationella kunskapsstöd så som nationella vård- och insatsprogram samt övriga nationella riktlinjer.

För att den lokala överenskommelsen ska vara användbar är det viktigt att den är så konkret som möjligt och tydligt beskriver hur samverkan på den lokala nivån ska ske i praktiken.

Förutom att skriftligt tydliggöra lokala strukturer, rutiner och arbetssätt kan processen med att ta fram en lokal överenskommelse ge tillfälle till analys och identifikation av förbättringsområden.

### 6.1 Framtagande av den lokala överenskommelsen

Det är viktigt att den lokala överenskommelsen tas fram i en gemensam process av de båda huvudmännen i den enskilda kommunen. Lokala överenskommelser ska tas fram för de lagstadgade områdena. Det är valfritt hur många överenskommelser som utformas, som separata dokument eller, om lokala förutsättningar finns och ingen målgrupp riskerar att tappas bort, slås samman till ett gemensamt dokument.

I arbetet bör berörda verksamheter involveras, till exempel genom redan befintliga lokala samverkansgrupper med företrädare för berörda verksamheter. Sedan den 1 januari 2020 har Folk tandvården Dalarna en nystartad Folkhälsofunktion som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med extern verksamhet och utbildningar inom både BVC, skolor och äldre vård. Folkhälsofunktionen kan, vid behov, kontaktas för att bistå med samverkan både på regional och lokal nivå. Tandhygienister inom Folk tandvården kan hålla utbildningar om oral hälsa både för personal, brukare, anhöriga och intresseorganisationer.

Den påskrivna lokala överenskommelsen diarieförs av respektive huvudman. I regionens diarium ska hänvisning till den länsövergripande överenskommelsen göras genom att ange diarienumret RD21/00517 på den lokala överenskommelsen för målgruppen.

## 6.2 De skriftliga lokala överenskommelserna kan innehålla följande avsnitt:

### FRAMTAGANDE/ARBETE MED DEN LOKALA ÖVERENSKOMMELSEN:

**Beskrivning av hur framtagandet av den lokala överenskommelsen (ÖK) har gått till samt hur den kompletterar den regionala samverkansöverenskommelsen och andra nationella kunskapsstöd:**

*Exempelvis: Vilka verksamheter och funktioner/personer har varit involverade? Hur har arbetet gått till? Hur har den förankrats lokalt? På vilket sätt (konkret) kompletterar den lokala ÖK den regionala ÖK och nationella kunskapsstöd?*

### LEDNING OCH ORGANISATION:

**Beskrivning av den lokala "samverkansorganisationen":**

*Exempelvis: Hur samverkar vi lokalt kring målgruppen, det vill säga vilka verksamheter och funktioner medverkar på olika nivåer (övergripande-, verksamhets- och individnivå)? Hur är den högsta ledningen involverad (politisk- resp. tjänsteledning)?*

*Vem/vilka samordnar arbetet lokalt (praktiskt sett)? Hur sker samverkan lokalt (i praktiken) ? Hur och vad registreras i Synergi? Hur löser vi ev. uppkomna lokala tvister? Vilka andra aktörer involveras utöver socialtjänst och hälso- och sjukvård (andra verksamheter inom kommunen, Kriminalvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen m.fl.)?*

**Hänvisning till och beskrivning av lokala rutiner och riktlinjer, m.m.**

*Exempelvis: Vilka riktlinjer, samverkansdokument, rutiner (blanketter?) finns redan och vart finns de? Behöver de uppdateras och/eller saknas några? Vilka ska användas och när och av vem? Hur sker en gemensam dokumenthantering?*

### LOKAL LÄGESBILD FÖR MÅLGRUPPEN:

**Beskrivning av den lokala kontexten för målgruppen:**

*Exempelvis: Hur ser problematiken ut vad gäller dess omfattning m.m.? Aktuell statistik uppdelat på olika målgrupper och kön, ålder och annan bakgrund. Vilka når ni och når ni inte idag? Barn till personer med psykisk funktionsnedsättning? Ev. inventering av beskrivning av bakgrund och historik kring samverkansarbetet kring målgruppen i er kommun.*

### LOKALT UTBID AV INSATSER:

**Beskrivning av de lokala förutsättningarna att ge olika former av vård och omsorg:**

*Exempelvis: Vilka insatser finns lokalt? Hur speglar dessa behoven från olika målgrupper? Vilka saknas? Vilka bör utvecklas och hur görs det?*

**Beskrivning av det lokala arbetet med samordnande individuella planer (SIP):**

*Exempelvis: Vem kan initiera? Var och när sker träffen? Hur sker inbjudan? Vem dokumenterar och följer upp?*

### SÄRSKILDA BESKRIVNINGAR AV KOMPLEXA FRÅGOR:

**Beskrivning av hur jämställdhet och jämlikhet, inflytande och delaktighet för vuxna med psykisk funktionsnedsättning (även närstående) integreras i den lokala överenskommelsen:**

*Exempelvis: Hur integreras ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv tillika rättigheter för personer med funktionsnedsättning? Hur involveras individerna och närstående på olika nivåer inom verksamheten?*

**Beskrivning av hur särskilda omständigheter och särskilt sårbara målgrupper prioriteras i det lokala arbetet:**

*Exempelvis: Vilka är de? Behövs särskilda insatser för några av målgrupperna och hur utvecklas de?*

**Beskrivning av förändrings- och förbättringsarbete:**

*Exempelvis: Hur tillämpas en evidensbaserad praktik i verksamheterna? Hur används senast tillgängliga kunskap i nationella kunskapsstöd tex? Pågår ett lokalt utvecklingsarbete som syftar till förändring/förbättring? Om inte, vad skulle kunna initieras?*

### IMPLEMENTERING, SYSTEMATISK UPPFÖLJNING OCH ANALYS:

**Beskrivning av det lokala implementeringsarbetet av den lokala överenskommelsen:**

*Exempelvis: Hur görs ÖKn känd inom berörda verksamheter? Hur säkerställs att de används av alla som berörs? Hur hålls arbetet i över tid? Behövs kompetensutveckling – för vem och när?*

**Beskrivning av arbetet med systematisk uppföljning och analys inom ramen för det lokala samverkansarbetet:**

*Exempelvis: Vilka mål är satta lokalt utifrån överenskommelsens övergripande mål? Hur och när görs uppföljning och analys? Vem/vilka medverkar och ansvarar? När och hur ska uppföljning ske? Hur dokumenteras det? Hur redovisas arbetet till ledningen? Används könsuppdelad statistik när det är relevant? Vem följer upp att överenskommelsen är implementerad? Har överenskommelsen följts upp?*

## 7. Implementering

Implementering avser de tillvägagångssätt som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet. Implementering säkerställer att metoderna används så som det var avsett och sker med varaktighet <sup>36</sup>.

Både den politiska och högsta tjänstemannaledningen i Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att denna överenskommelse implementeras i samtliga berörda verksamheter och att personalen ges möjlighet att arbeta i enlighet med överenskommelsens uppställda syfte, mål och förutsättningar.

Ansvaret för att överenskommelsen blir väl förankrad ända ut i mötet med individerna åligger den lokala nivån.

---

<sup>36</sup> Kunskapsguiden.se - [Implementering](#) Socialstyrelsen "Om implementering" (2012).

För att överenskommelsen ska kunna tillämpas på lokal nivå nära individerna med behov, krävs således en organiserad samverkan mellan huvudmännen på alla nivåer i organisationerna; från högsta ledningsnivå, till lokala ledningsfunktioner, till samverkansgrupperingar och till enskild personal/anställd. Kopplingen till lokala överenskommelser behöver därvid vara tydlig. Faser i implementeringsprocessen kan vara: Behovsinventering, införande, användning och vidmakthållande <sup>37</sup>.

En avgörande förutsättning för en lyckad implementering av överenskommelser är att den sker i samverkan mellan huvudmännen.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) kan ge ett övergripande stöd för implementering på regional nivå.

## 8. Uppföljning

Uppföljning är viktigt för att följa upp implementeringen av samverkansöverenskommelsen. Uppföljning är också en viktig del i arbetet med att kunna höja kvaliteten i verksamheten. Resultat behöver följas upp och analyseras systematiskt för att verksamheterna ska kunna förändra och förbättra arbetet. Ett redskap i arbetet är nyckeltal och indikatorer.

Vid uppföljning och analys av resultaten av insatserna får verksamheterna reda på om målen med insatserna uppnås och om olika insatser fungerar olika bra för olika grupper oavsett kön, ålder och annan bakgrund. Det är därför avgörande att könsuppdelad individbaserad statistik används och att andra indelningar görs om inte särskilda skäl emot föreligger.

### 8.1 Systematisk uppföljning och analys

Systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta den enskildes behov och problem, insatser och resultat<sup>38</sup>. Nyttan och användningen av systematisk uppföljning kan delas in i tre olika nivåer: i det direkta arbetet med individer (individuell uppföljning), på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten (verksamhetsuppföljning) och på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser och kvalitetsindikatorer.<sup>39</sup>

Överenskommelsen ska årligen följas upp av parterna genom de lokala samverkansgrupperna och uppföljningen ska kommuniceras till samtliga verksamheter som berörs inom Region Dalarna och Dalarnas kommuner.

Både den politiska och högsta tjänstemannaledningen i Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att denna överenskommelse följs upp i samtliga berörda verksamheter på lokal nivå. Det rör både individ- och verksamhetsnivå.

Dalarnas kommuner och Region Dalarna har skyldighet att arbeta för att kvalitetssäkra statistik och rapportera till Socialstyrelsen och SKR. Denna statistik är avgörande för att kunna arbeta med systematisk uppföljning och analys lokalt, regionalt och nationellt.

<sup>37</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/implementering/faser-i-en-implementeringsprocess/>

<sup>38</sup> Kunskapsguiden.se – Systematisk uppföljning

<sup>39</sup> Systematisk uppföljning, beskrivning och exempel, Socialstyrelsen juni 2014

Den lokala överenskommelsen bör följas upp årligen och arbetet ska dokumenteras och kommuniceras till samtliga verksamheter som berörs.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) kan ge ett övergripande stöd i systematisk uppföljning och analysarbete utifrån jämförelser och övergripande indikatorer/nyckeltal samt implementering på regional nivå.

## SYSTEMATISK UPPFÖLJNING

---

Den grundläggande processen i systematisk uppföljning kan delas in i sex steg:

1. planera systematisk uppföljning
2. beskriv situationen före insats
3. beskriv situationen under insats
4. beskriv situationen efter insats
5. sammanställ uppgifterna
6. analysera resultaten på gruppnivå

## 9. Avvikelsehantering och hantering av tvister

Respektive huvudman har system för avvikelser och ansvarar för att utreda i vilken mån avvikelser kräver förändring av lokala rutiner, handläggning, samverkan eller bemötande.

Synergi är regionens kvalitets- och avvikelssystem som även kommunerna i Dalarna har tillgång till. I det kan avvikelser registreras, riktade från en kommun till region eller omvänt. Kommunerna har personer som har behörighet att registrera och handlägga avvikelser i Synergi; ofta medicinskt ansvarig sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) eller socialt ansvarig socionom (SAS). Regionens medarbetare har alla möjlighet att registrera i Synergi men utsedda handläggare inom regionen hanterar ärendena vidare till ansvarig verksamhet.

Syftet med att registrera avvikelser inom Synergisystemet är inom ramen för denna överenskommelse att kunna upptäcka svårigheter i samverkan. Det kan gälla otydliga och/eller felaktiga rutiner, brister i arbetssätt, bemötande m.m. vilket utgör delar av att kvalitetssäkra arbetet. Därför är det viktigt att motivera all personal att observera och lägga märke till avvikelser samt rapportera dessa till Synergihandläggare. Syftet är inte att klandra andra eller sig själv, utan detta är en viktig hörnsten i hur verksamheterna kan utvecklas.

Mot denna bakgrund är det därför mycket viktigt att avvikelser utreds (på ett professionellt sätt) och att utredningarna blir tydliga och om möjligt, generaliserbara, så att fler kan ta del av dem i sitt lärande. För att göra avvikelser gällande samverkan kring målgruppen är det viktigt att de rapporteras på ett likvärdigt sätt. Detta kan beskrivas och preciseras i den lokala överenskommelsen (se avsnitt 6).

## 9.1 Tvist på regional nivå

Den regionala samverkansöverenskommelsen har sin grund i lagstiftning om krav på samverkan mellan kommun och region kring personer med psykisk funktionsnedsättning (5 kap. 8 § SoL och 16 kap. 3 § HSL). Endera part enligt denna samverkansöverenskommelse kan därför inte säga upp överenskommelsen men kan under pågående avtalstid påtala brister i följsamhet av annan part i enlighet med denna regionala samverkansöverenskommelse. Påtalad brist/er ska skriftligen tillställas Länsnätverket för förvaltningschefer och Valfärdsrådet samt aviseras genom kontakt med Styrgruppen för Länschefsnätverket och Presidiet i Valfärdsrådet minst en månad (1) i förväg.

Tvist med anledning av denna regionala samverkansöverenskommelse hanteras i första hand av Länsnätverket för förvaltningschefer. Styrgruppen för Länschefsnätverket för förvaltningschefer bereder ärendet och lämnar förslag till beslut av lösning av tvisten som Länschefsnätverket tar ställning till och fattar beslut om. Länschefsnätverket kan också föreslå revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen i de avseenden utifrån vilka tvisten uppkommit.

Om ärendet inte uppkläras inom ramen Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om lösning av tvisten som Valfärdsrådet tar ställning till och fattar beslut om. Valfärdsrådet kan också ge Länschefsnätverket i uppdrag att genom föra en revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen i de avseenden utifrån vilka tvisten uppkommit.

Om Valfärdsrådet alltjämt inte finner en samsyn och lösning av hur tvisten kan lösas kan Valfärdsrådet besluta om att omförhandling ska ske av samverkansöverenskommelsen i sin helhet. Valfärdsrådet kan ge Länschefsnätverket uppdrag om omförhandling och framtagande av ny samverkansöverenskommelse.

## 9.2 Tvist på lokal nivå

Tvister på lokal nivå kan uppkomma med anledning av Synergiärenden, utifrån lokala samverkansavtal om t.ex. kostnads- och ansvarsfördelning (som har stöd i lag). Lokala tvister hanteras i första hand av tjänsteledningen från regionen och kommunen inom berörd kommun, utan deltagande av individen. Ärenden angående tvister hanteras enligt respektive verksamhets rutiner och delegationsordningar och i enlighet med förekommande lokal överenskommelse. Lösning och beslut av tvisten bör dokumenteras i respektive verksamhets dokumentationssystem.

Om de lokala parterna alltjämt inte kommer överens förs ärendet vidare till Länschefsnätverket för förvaltningschefer (Länschefsnätverket). Styrgruppen för Länschefsnätverket för förvaltningschefer ansvarar för att bereda ärendet och lämna förslag till beslut av lösning av tvisten.

Om ärendet inte uppkläras inom ramen Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om tvistens lösning. Om den berörda kommunen och regionen fortsatt inte når enighet i ärendet får tvisten avgöras i allmän domstol.





## 10. Giltighetstid

Denna överenskommelse löper från och med (förslag) 2021-07-01 till och med 2024-07-01. Om inte en ny samverkansöverenskommelse tagits fram innan giltighetstidens upphörande men en utvärdering och revidering har påbörjats i enlighet med rubrik "Utvärdering och revidering av den regionala samverkansöverenskommelsen" förlängs samverkansöverenskommelsen automatiskt med 12 månader.

## 11. Ikraftträdande

Denna överenskommelse skall undertecknas skriftligen av parterna genom ordförande och vice ordförande i Länschefsnätverket för förvaltningschefer och i Välfrädrädet.

Välfrädrädet lämnar beslut om rekommendation till kommuner och region att godkänna överenskommelsen. Överenskommelsen ska godkännas av parternas respektive beslutande organ. Varje part beslutar om ordningen för beslut om godkännande av denna överenskommelse.

## **12. Utvärdering och revidering av den regionala samverkansöverenskommelsen**

Länschefnätverket kan initiera och fatta beslut om ändringar och tillägg av enklare innebörd till samverkansöverenskommelsen som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll vad gäller t.ex. dess syfte och mål. Det kan till exempel avse språkliga justeringar, anpassningar till förändringar i lagstiftningstext, formuleringar i nationella riktlinjer m.m. Sådana ändringar ska dokumenteras och biläggas samverkansöverenskommelsen. Valfördrådet skall informeras om sådana ändringar.

Samverkansöverenskommelsen skall revideras vart tredje år från och med ikraftträdandet av denna samverkansöverenskommelse. I samband med en revidering skall även en utvärdering av samverkansöverenskommelsen genomföras. Länschefsnätverket beslutar om uppdrag avseende utvärdering och revidering av samverkansöverenskommelsen.