



---

# **Lokal överenskommelse om samverkan gällande personer med psykisk funktionsnedsättning över 18 år**

2014-04-04



## Inledning

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun genom likalydande bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8 a§) och i Socialtjänstlagen, Sol (5 kap 8 a§) skyldig att ha överenskommelser om samarbetet när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. En person har en psykisk funktionsnedsättning om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en direkt konsekvens av psykisk sjukdom. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § Sol har slutit avtal med (*prop. 2008/09:193 s. 16*). Av 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § Sol, framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjligheter att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt.

---

### 1. Parter

Region Skåne tecknar överenskommelse med Helsingborgs stad om samverkan gällande personer med psykisk funktionsnedsättning över 18 år och som har behov av stöd från huvudmännen i denna överenskommelse.

### 2. Omförhandling och tidsperiod

I enlighet med förutsättningarna i ramöverenskommelsen har följande lokala avtal om samverkan träffats. Den förra gällde fram till och med 2013-08-31 och därför tecknas nu denna som gäller 2013-09-01 – 2014-12-31 mellan parterna nedan. Revidering ska ske årligen och senast december månad innevarande år.

### 3. Avtalsförutsättningar och gemensamma utgångspunkter

Utifrån ram överenskommelsen mellan Region Skåne och Kommunförbundet Skåne om samverkan gällande personer med psykisk funktionsnedsättning tecknas denna lokala överenskommelse. Om inget annat anges gäller ram överenskommelsen. (Bilaga 1)

#### 3.1 Syfte

Syftet med överenskommelsen är att slå fast parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samverkan/samarbete mellan kommunala och regionala verksamheter, som vänder sig till målgruppen. Denna ska leda till att personer som tillhör målgruppen:

- Får en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård/omsorg av god kvalitet
- Får tillgång till arbete och meningsfull sysselsättning
- Får möjlighet till delaktighet och inflytande



### 3.2 Mål

- Gemensamt ansvar för samverkan/samarbete och ska ske utifrån den enskildes behov.
- Att det ska finnas en tydlig och överlappande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och Helsingborg stad
- Samverkan/samarbete mellan berörda verksamheter ska utgå från mötet med den enskilde och dess närstående

### 3.3 Målgrupper

Den lokala överenskommelsens målgrupp är:

Personer med psykisk funktionsnedsättning och som är i behov av stöd/insatser från båda huvudmännen. För en mer exakt definition av målgruppen hänvisas till inledningen på detta dokument samt ram överenskommelsen punkt 3.1

Den regionala överenskommelsen har uppmärksammat 6 grupper som har särskilda behov av samverkan. För denna överenskommelse är det relevant att ta med följande;

- Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk; Ansvarsfördelning finns i "Vägledning för Missbruks- och beroendevården i Skåne"
- Äldre med psykiska funktionsnedsättningar
- Personer med psykiska funktionsnedsättningar som riskerar förkortad livslängd

### 3.4 Samrådsgrupp

Enligt punkt 5.4 i ram överenskommelse: "I kommunen ska en samverkansgrupp med verksamhetsansvariga chefer från kommunen och Region Skåne gemensamt ansvara för strategisk planering och samordning av verksamheter och insatser. Samverkansgruppen ansvarar för att samverkan enligt denna ram överenskommelse och lokalt tecknade överenskommelser följs och har även till uppgift att fatta beslut i frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet. I lokal överenskommelse regleras vilka representanter som ska ingå i samrådsgruppen."

Följande arbetsuppgifter gäller för lokal samverkan i Helsingborg;

- Att årligen fastställa områden för uppföljning och utvärdering
- Att bevaka så att samverkan sker enligt ram- och lokal överenskommelse
- Att följa upp rutinerna för Samordnad Individuell Planering (SIP)
- Att hantera brister i samverkan
- Att ha en gemensam strategisk planering och samordning
- Att årligen följa upp den gemensamma handlingsplanen
- Parterna har ett ömsesidigt ansvar för kunskapsöverföring och att vid behov ge stöd till personal i varandras organisationer för att öka kvaliteten i stödet/insatserna till den enskilde.



### **3.5 Samrådsgruppens möten**

Samverkansgruppen, som består av verksamhetsansvariga chefer, sakkunniga personer samt representant för brukar- och anhörigföreningar, ska träffas fyra till sex ggr/år enligt överenskommen mötesplan. Ansvar för att planera, ta fram dagordning och leda möten ligger på psykiatrisamordnarens ansvar. Övriga parter ansvarar för att anmäla aktuella frågor till ansvarig för mötet senast en vecka innan aktuellt möte.

Samrådsgruppens möten ska dokumenteras i ett mötesprotokoll. Var part ansvarar för att protokoll och information från möten kommer den egna organisationen till del och att gemensamt fattade beslut implementeras i den egna verksamheten. En till två gånger/år ska den lokala samverkansgruppen för vuxna ha möte med lokala samrådsgruppen för barn och ungdom med syftet att informera och diskutera gränsdragningsfrågor.

### **3.6 Ansvar för ett gott samverkansklimat**

I samverkanssituationer är bemötandet av samverkanspartnern av stor vikt. Samverkan ska präglas av ömsesidig respekt för varandras profession, kompetens och erfarenhet. Varje huvudman ska respektera andra huvudmäns interna angelägenheter. Den enskildes behov ska alltid stå i centrum. För att få en väl fungerande samverkan är samtliga parter skyldiga att informera varandra i skälig tid om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller få andra konsekvenser för den andras verksamhet. Information ska även lämnas till brukar- och anhörigorganisationer.

## **4. Samordnad individuell plan, SIP**

Regionen och socialtjänsten har ett lika stort ansvar för att en SIP upprättas oavsett vem som är huvudman. Det är den som uppmärksammar behovet som startar processen. Planen ska upprättas om Region Skåne eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Den enskilde kan också begära att en SIP upprättas. Arbetet med 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 att den enskilde inte motsätter sig det. Helhetsperspektivet är extra viktigt.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs och vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

(Bilaga 2)



#### **4.1 Rutin för SIP**

När någon part identifierat behovet och den enskilde samtycker till planen ska målet vara att en samordnad individuell plan upprättas utan dröjsmål senast 15 dagar efter att berörda verksamheter blivit kontaktade.

- Den enskilde/närstående ska närvara vid planens upprättande om det inte bedöms vara uppenbart olämpligt.
- Ansvarig för initiering av samordnad individuell plan är den verksamhet där behovet identifierats.
- Samordnare ska utses.
- Samtycke (SOF 2008:14) och samordnad individuell plan ska dokumenteras i journal/akt.
- Samordnaren ansvarar för brukare eller vårdnadshavare får varsitt ex av SIP.

#### **4.2 Samordnad vårdplanering, SVPL**

Vårdplanering i samband med att personen är utskrivningsklar från psykiatrisk slutenvård regleras i dokument "Samordnad vårdplanering - Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne" gällande från 1 mars, 2007.

#### **5. Brister i samverkan**

Brister/klagomål och tvister på både principiell nivå samt på individuell nivå ska följas upp av den lokala samrådsgruppen. Sammanställning av brister på systemnivå ska rapporteras in till den regionala samrådsgruppen en gång om året. En beskrivning om vad som skett ska ske på blanketten "Brister i samverkan". Varje enskild organisation ansvarar för att det finns rutiner för hanteringen i den egna organisationen och för att samrådsgruppen får kännedom om bristen/klagomålet. Samrådsgruppen ansvarar för att ge en skriftlig återrapport till berörda enligt rutin 5.1

#### **5.1 Rutin för hantering av brister/klagomål, tvister**

Brister i samverkan mellan verksamheter i Regionen och kommunen ska i första hand lösas av närmaste chef med mandat för att fatta beslut i aktuell fråga. Företrädarna har ett gemensamt ansvar för att komma fram till en gemensam lösning med den enskildes behov i fokus. Samverkansproblem och tvister ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till alla berörda parter inkluderat psykiatrisamordnare som är ansvarig för hanteringen. En förutsättning är att ett arbete med SIP är prövat.

Ansvariga;

1. närmaste chefer från respektive organisation med mandat att fatta beslut i frågan.
2. lokala samrådsgruppen i Helsingborg.
3. regionala samrådsgruppen Psykiatri för förslag på lösning och deras svar är inte prejudicerande för ansvarsfördelningen. (Bilaga 3)



Capio Citykliniken

## 6.1 Ansvarsförbindelse vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende

Vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende ska kostnaderna delas utifrån de olika huvudmännens ansvarsområde fördelningen ska göras utifrån en gemensam bedömning om vad och hur stor del som utgör Region Skånes respektive kommunens. Utifrån bedömningen görs en överenskommelse som dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan Region Skåne och kommunen där kostnadsfördelningen preciseras i det enskilda fallet. En placering i andra boendeformer än ordinärt boende föregås av att en SIP och/eller en SVPL upprättats. Om placeringen sker akut ska en SIP eller en SVPL upprättas så snart det finns möjlighet för detta.

Kostnadsfördelningen som sker mellan huvudmännen ska vara klarlagd innan placering sker utanför hemmet. Ingen part kan i efterhand kräva den andra på kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår av SIP eller av SVPL. Undantaget då placeringar sker akut. Då bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast fem dagar efter placeringen. Innan utskrivning från placeringen ska SIP eller SVPL följas upp. Om inte huvudmännen kommer överens så regleras ansvaret i Lag (1990:1 404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård om placeringen föregås av inskrivning i heldygnsvård, dvs. utskrivningsklar från slutenvården.

Vad gäller övriga frågor vid placering följer denna överenskommelse punkt 15 – 19 i regional ramöverenskommelse utan undantag.

## 6.2 lokala gemensamma verksamheter

Huvudmän som ingår avtal/överenskommelser om lokala gemensamma verksamheter ska **ansvarsfördelningen** som finns i ram överenskommelse tillämpas. Ex på sådana verksamheter är samsjuklighets- unga vuxna- samt Mariamottagningar.

## 6.3 Inventering och gemensam handlingsplan

För att förstå hur behoven ser ut för målgruppen ska Socialtjänsten skaffa sig god kännedom om levnadsförhållandena för dessa grupper. Detta kan uppfyllas genom att genomföra gemensamma inventeringar av gruppernas behov med psykiatri och primärvård samt att organisationerna upprättar en gemensam handlingsplan som täcker in de behovsområden som framkommer i inventeringen. Detta kan gälla boende, sysselsättning samt vård och omsorg.

## 7. Kontakter med brukarföreningarna/anhörigorganisationerna

Vid framtagande av de lokala överenskommelserna ska brukar- och anhörigföreningarna om möjligt bjudas in att delta. Förslagsvis skapas gemensamma lokala brukarråd för psykiatri och socialtjänst. Det finns en skyldighet för verksamhetsansvariga att tidigt informera berörda parter, vilket innefattar brukar- och anhörigföreningar, om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan



påverka förutsättningar för samverkan eller samordning, eller få andra konsekvenser för de samverkansparter som berörs.

## **8. Stöd till anhöriga och närstående**

Sedan den 1 juli 2009 ska socialnämnden ”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionsnedsättning” (5 kap. 10 § Sol).

Hälso- och sjukvården ska i förebyggande syfte uppmärksamma anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en närstående. Det är ofta personalen inom landstingets hälso- och sjukvård som först kommer i kontakt med anhöriga. Hälso- och sjukvårdens personal kan därför tidigt både identifiera och informera anhöriga om möjligheten att få stöd. Det är därför viktigt att Region Skåne och kommunen samarbetar med varandra. Barn som anhöriga och närstående ska särskilt beaktas.

Se vidare; Socialstyrelsens Meddelande blad november 2009

## **9. Personliga ombudsverksamheter**

Personliga ombudsverksamheter är ett frivilligt kommunalt åtagande. För att verksamheterna med personligt ombud ska vara framgångsrika behövs en fungerande samverkan mellan de huvudmän som lokalt ansvarar för insatser och rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning, samt med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Eftersom kommunen/socialtjänsten är huvudman för verksamheterna är det också kommunen/socialtjänsten som bjuder in och sätter samman ledningsgruppen.

Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 5/2011

## **10. Kroppslig hälsa**

Personer i de verksamheter som omfattas av överenskommelsen har ett särskilt ansvar för att uppmärksamma och medverka till att hälsoundersökningar erbjuds personer med psykiska funktionsnedsättningar. Detta är särskilt angeläget för personer med psykisk sjukdom vilka alla deltagande organisationer kan remittera till vårdcentral för hälsoundersökning. Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning då de inte alltid söker eller får rätt tillgång till hälso- och sjukvård och samtidigt utgör en riskgrupp för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd. Ansvaret för dessa undersökningar åligger primärvården och alla chefer ska hålla personalen informerad och uppdaterad om denna ansvarsfördelning.

Tandvård är ofta eftersatt hos målgruppen. Även här ska cheferna hålla personalen informerad och uppdaterad om vad tandvårdsreformen innebär för målgruppen.



Capio Citykliniken

## 11. Case Management

Parterna är överens om att arbetsmodellen Case Management är en viktig framgångsfaktor som vi gemensamt valt att arbeta med, och har som mål att erbjuda personer med komplexa behov, ex. personer som riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryter vårdkontakter samt personer med samsjuklighet. Kriterierna för att bli aktuell för Case Management är att personen:

- Har stora svårigheter för ett självständigt liv ute i samhället
- Har haft svårigheterna under minst ett år eller att dessa förväntas kvarstå under minst ett år
- Två eller flera aktörer/samarbetsparter är inblandade (anhöriga kan vara en part) alternativt att en inledande bedömning visar behov av att aktualisera samverkansparter
- Det finns en hög vård/stödkonsumtion och/eller behov av samordning

Som Case Manager utses den som har/bedöms få bästa alliansen med brukaren. Viktigt att beakta brukarens eventuella synpunkter på vem som ska utses. Samarbetet mellan kommunen och psykiatrin ska ske på ett sådant sätt att en Case Manager har tydligt inträde i respektive verksamheter

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, Socialstyrelsen 2011

(Bilaga 4, PM för Case Management)

## 12. IPS

I FINSAM-processen "Jobb på sikt" arbetar man enligt den evidensbaserade metoden Individual Placement and Support (IPS). IPS-metoden vänder sig till individer med psykiska funktionsnedsättningar som önskar få komma ut i arbetslivet. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, Socialstyrelsen 2011.

Till skillnad från andra metoder för arbetsrehabilitering så bedöms ingen arbetsförmåga i förväg utan träningen sker direkt på arbetsplatsen. Metoden utgår ifrån individens egna önskemål och arbetscoachen skraddarsyr insatserna utifrån dessa. Stödet är inte tidsbegränsat och arbetscoachen kan därför vara med i bakgrunden under flera år. Målet med "Jobb på sikt" är att individen på sikt ska erhålla arbete, studier eller meningsfull sysselsättning och få egen självförsörjning. Genom detta bryts inlåsningseffekten och individen får ett mer meningsfullt och aktivt liv.

Detta kan leda till förbättrad psykisk hälsa och en ökad livskvalité för individen, exempelvis minskad medicinering och symtom, ökad självständighet och självkänsla samt minskade samhällskostnader. Världsomspännande forskning visar att IPS-metoden ger goda resultat och är den mest uppskattade metoden för arbetsrehabilitering bland patienter (Bejerholm, 2011).

(Bilaga 5, PM för IPS)





### **13. Uppföljning och utvärdering**

Samrådsgruppen ansvarar för att årligen göra en uppföljning och utvärdering av hur samverkan enligt avtalet fungerat. En rapport med en sammanställning och analys av inkomna brister/klagomål och tvister enligt punkt 5 samt kompetensutveckling gällande samverkan mellan parterna och förslag på åtgärder ska göras i december månad varje år, med start 2014. Analys ska ligga till grund när samrådsgruppen fastställer områden för uppföljning och utvärdering.

Under 2013/2014 ska planering för uppföljning och utvärdering avse

- Implementeringen av lokal överenskommelse i respektive organisation
- SIP i öppen- och slutenvård. Uppföljning ska avse om alla som var i behov av insatser från både socialtjänst och psykiatri erbjudits en SIP och om samarbetet kring den enskilde skett i enlighet med punkt 5.2 i Ramöverenskommelsen och punkt 5 i denna överenskommelse.
- Kompetensutveckling
- Inventeringen av behov hos målgruppen

### **14. Implementering av överenskommelse**

Varje part ansvarar för att det i den egna organisationen finns en god kännedom om överenskommelsens innehåll och att arbetet bedrivs i enlighet med överenskommelsen. Till hjälp för denna implementering finns det en psykiatrisamordning.

Denna undertecknade överenskommelse kopieras så att alla medverkande parter får sitt eget exemplar. Originalen förvaras hos psykiatrisamordnaren.

### **Bilagor**

1. Regional ram överenskommelse kring personer gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa
2. SIP blankett
3. Rutin och blankett för Brister i samverkan
4. PM för Case Management i Helsingborg
5. PM för IPS i Helsingborg



Helsingborg 2014-04-04

Eva Stanley  
Verksamhetschef  
Capio Citykliniken  
Helsingborg

Åsa Stadell  
Verksamhetschef  
Psykiatripartners Resurs  
Helsingborg

Dinah Åbinger  
Socialdirektör  
Helsingborgs stad

Britt-Marie Börjesson  
Vård- och omsorgsdirektör  
Helsingborgs stad

Bengt Avedal  
Förvaltningschef UVN  
Helsingborgs stad

Rose-Marie Sandberg  
Verksamhetschef  
Region Skåne psykiatri  
Helsingborg

Ingela Haraldsson  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Catharina Olsson  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Greger Linander  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Eva Pilman  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Rosita Ribberfors  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Boel Simonsson  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Ingela Nilsson  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg

Joanna Linde  
Verksamhetschef  
Region Skåne  
Primärvård Helsingborg