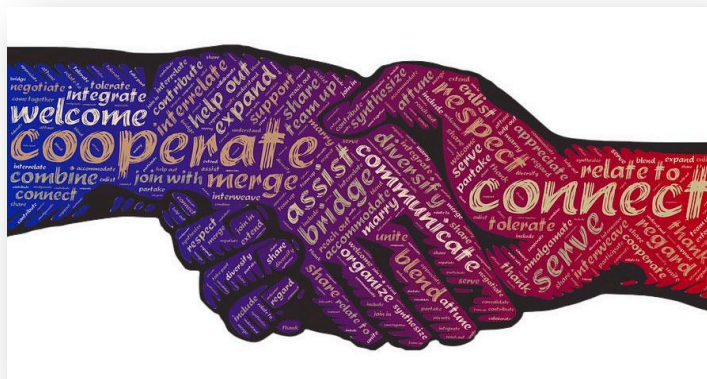


Samverkan & Samordning i Uppsala län

Konferens om Samsjuklighet & Samordning 14 november 2017

Petra Rohrer

2017-11-09



2017-10-02

Då vi har sett att samsjukligheten ökar bland patienter/brukare/klienter så vill vi med detta dokument betona vikten av samordning och samverkan mellan huvudmännen i Uppsala län. Vad står det i de olika överenskommelserna om just samverkan/samordning? Följer huvudmännen det som står där? Forum för Brukarinflytande är ett 3-årigt Arvsfondsprojekt som nu är inne på sitt sista år. Ett av projektets arbetsområden har varit just samsjuklighet .

SAMORDNING & SAMVERKAN UPPSALA LÄN

INNEHÅLL

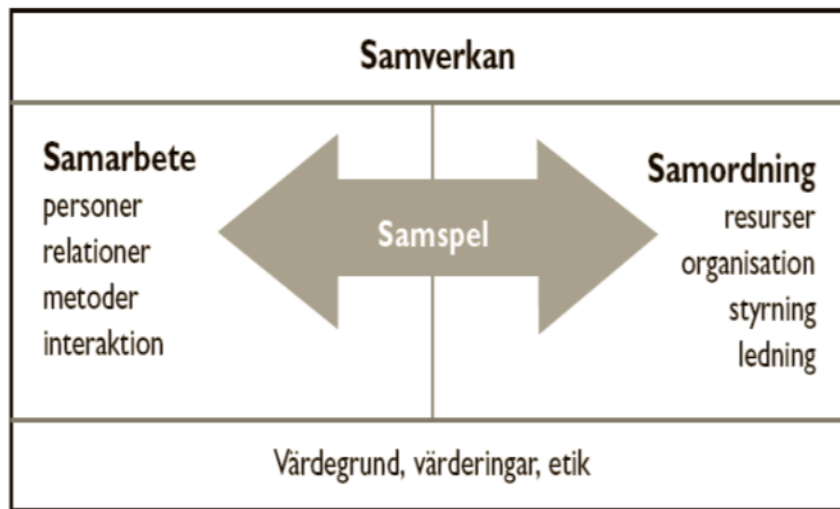
Samordning & samverkan Uppsala län	1
Innehåll	1
Vad är samverkan?	3
Samverkan	3
Samordning	3
Problem och risker med samverkan	4
Varför behövs gränsöverskridande samverkan?	5
Situationer när samverkan är särskilt viktig.....	5
Brukare med behov som förutsätter samverkan	6
Samverkan är god ekonomi.....	6
Sammanfattande argument för gränsöverskridande samverkan	6
Grundläggande förutsättningar.....	7
Vård i samverkan (VIS).....	7
Rehabilitering och habilitering i samverkan	8
Huvudmännens ansvar	8
Överlämning mellan vårdgivare och verksamheter	9
Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom	12
Akademiska sjukhuset, verksamhetsområde psykiatri	12
Kommunernas ansvar	13
Funktionellt samarbete.....	13
Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och Socialtjänsten	14
Utgångspunkter för samverkan.....	15
Vård- och stödsamordning (VOSS).....	16
Familjeperspektiv/barn som anhöriga.....	17
Unga	17
Läkemedelsberoende.....	17
Brukarinflytande.....	18
Fast vårdkontakt	19

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.....	21
Syfte	21
Omfattning	21
Ansvar- huvudman, vårdgivare samt patient-säkerhetsgrupp	21
Genomförande.....	22
Utskrivningsplaneringsprocess.....	22
Förberedande planeringsmöte	23
Förberedelse inför och kallelse till samordnad utskrivningsplanering.....	23
Samordnad plan vid utskrivning.....	23
Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning.....	24
Inledning och bakgrund.....	24
Utgångspunkter för samverkan	25
Huvudmännens ansvar.....	25
Landstingets ansvar	26
Habiliteringen	26
Huvudmännens gemensamma ansvar.....	26
Samverkan på regional och lokal nivå	27
Regional nivå	27
Lokal nivå.....	27
Gemensam utbildning och kompetensutveckling	27
Individnära samverkan.....	27
Sekreteress/samtycke	28
Samverkan med brukarorganisationer	28
Samverkan och ansvar inom specifika områden	29
Hälsöfrämjande arbete	29
Sysselsättning och arbetsinriktad rehabilitering.....	29
Vuxna med missbruk och/eller beroende.....	30
Tandvård	30
Stöd till anhöriga och närstående.....	30
Avvikelse	31
Uppföljning och utvärdering	31
Kommunerna och landstinget ansvarar för att:	31

VAD ÄR SAMVERKAN?

Samverkan kan betyda eller tolkas som

- Att handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte
- Icke-hierarkiska aktiviteter där aktörer möter på lika villkor och med gemensamt syfte
- Aktiviteter som överskrider gränser inom eller mellan organisationer.



SAMVERKAN

- Avser den dialog och samarbete som sker mellan självständiga och sidoordnade samhällsaktörer för att samordnat uppnå gemensamma mål.
- Aktörer som samarbetar eller bedriver samordnad verksamhet
- Att handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte.

SAMORDNING

- Att tillsammans arbeta mot ett gemensamt mål. För att nå gemensamma normer utformas regler och mål gemensamt.
- Samverkan är ett begrepp som används ofta och med skiftande innebörd. I grunden har dock begreppet en positiv klang för de flesta.
- Inom välfärdsområdet, d.v.s. sjukvård, socialtjänst m.fl., ska aktörerna samverka med brukare som har egna tankar, känslor och åsikter.
- Brukaren förutsätts vara ett tydligt subjekt i samverkan och ha stort inflytande på hur samverkansprocessen utvecklas.

- Samverkan kan ses som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete och används då för att beteckna mellanmänskliga relationer med och kring enskilda brukare i t.ex. informella nätverk.
- Samordning betecknar stödstrukturer för ett sådant samarbete, som t.ex. övergripande (samordnings-)rutiner, ledningsgrupper för principiella frågor etc.



PROBLEM OCH RISKER MED SAMVERKAN

Behovet av samverkan måste bedömas för varje enskild brukare i relation till dennes unika behov, önskemål och övriga förutsättningar.

Samverkan kan innebära etiska problem och risker därför att:

- brukarens integritet kan åsidosättas
- myndigheterna kan få mer information än nödvändigt
- myndighetsövertaget blir starkare
- brukare kan ha svårt att överklaga gemensamma beslut
- samverkan kan ta tid från mer meningsfullt arbete samt skapa frustration bland medarbetare och öka byråkratin.

Ibland finns det också en risk för att samverkansaktiviteterna tar för mycket tid och kraft i anspråk i förhållande till utfallet.

Brukare kan ibland uppleva samverkan eller nätverket som en typ av institutionell sammansvärjning som är omöjlig att komma till tals med eller påverka.

Samverkan kan alltså skapa etiska och moraliska dilemman. Men dessa kan hanteras eller mildras om brukaren görs delaktig i processen och om aktörerna tillämpar mesta möjliga öppenhet i samverkansformerna (Patientlagen 2015).

VARFÖR BEHÖVS GRÄNSÖVERSKRIDANDE SAMVERKAN?

Det är viktigt att kunna bedöma när problem och risker med samverkan överväger vinsterna. Det är grundläggande att skilja på mål och medel och att inse att samverkan är ett av flera medel för att nå målet bättre. Det är också viktigt att samverkan inte gör saker mer komplicerade än de är.

I sammanhanget om samverkan kan man tala om två mekanismer, dels om ”expertmakt” som innebär det försprång som personalen har genom sin kunskap och erfarenhet, dels om ”nätverksmakt”, som innebär den inbördes lojalitet som kan uppstå mellan olika professionella i en samverkan.

Samverkan kan alltså skapa etiska och moraliska dilemman. **Men dessa kan hanteras eller mildras om brukaren görs delaktig i processen** och om aktörerna tillämpar mesta möjliga öppenhet i samverkansformerna.

Myndigheter och organisationer har utvecklat en hög grad av specialisering och har en djup men avgränsad kunskap inom vissa arbetsfält.

Denna organisering, som forskaren Siv Their kallar för ”stuprörslogiken”, är effektiv för att hjälpa brukare som har en tydlig problembild som stämmer med organisationens uppdrag, mandat och kompetens.

Däremot så fungerar inte stuprörslogiken om brukarnas problematik spänner över flera myndigheters ansvars- och kompetensområden. Detta gäller t.ex. brukare som ska re/habiliteras på grund av medfödd utvecklingsstörning, svåra traumatiska skador typ stroke, psykiska funktionsnedsättningar eller tungt missbruk.

En framgångsrik re/habilitering för dessa brukare måste utgå från att **det är myndigheternas ansvar att hitta en arbetsmodell där de olika insatserna harmonierar med varandra**. Man kan säga att det är detta som är den konkreta innebörden i uttrycket ”brukaren i centrum”.

Oavsett gränserna i organisationen måste aktörer med olika kulturer, arbetssätt, ansvar och budgetar samarbeta med varandra.

SITUATIONER NÄR SAMVERKAN ÄR SÄRSKILT VIKTIG

Risksituationer för att brukare ska falla mellan stolarna uppstår ofta när personer byter fas i livet på olika sätt, t.ex. när:

- Brukare skrivs ut från slutenvård på sjukhus till kommunal omvårdnad/hemsjukvård.
- Barn inom rehabiliteringen börjar skolan eller när vuxenrehabiliteringen ska ta över ansvaret.

- En person med missbruksproblem lämnar behandlingshem för eget boende.
- Äldre personers hälsa försämras snabbt eller oförutsett.

BRUKARE MED BEHOV SOM FÖRUTSÄTTER SAMVERKAN

För vissa grupper av brukare med svåra sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar som kräver omfattande och långvariga insatser från främst sjukvård och socialtjänst kan en fungerande samverkan i re/habiliteringen ha en helt avgörande betydelse för livskvaliteten.

Exempel på sådana målgrupper:

- Barn och ungdomar med utvecklingsstörning, autism eller andra tidigt upptäckta funktionsnedsättningar.
- Vuxna personer med diffusa diagnoser (utbrändhet, smärtproblematik), fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, svåra kroniska sjukdomar, sällsynta diagnoser, missbruksproblem.
- Äldre personer med multisjukdom, hjärtsvikt, stroke, demenssjukdom, behov av vård vid livets slutskede.

SAMVERKAN ÄR GOD EKONOMI

De offentliga kostnaderna för målgruppen minskar väsentligt om sjukvård och socialtjänst med flera samverkar.

Om aktörerna är medvetna om den samlade kostnadsminskningen till följd av framgångsrik samverkan samt hur den fördelar sig mellan dem, kan de också dela på kostnaderna så att ingen aktör förlorar ekonomiskt på samverkan.

SAMMANFATTANDE ARGUMENT FÖR GRÄNSÖVERSKRIDANDE SAMVERKAN

Några tunga motiv för samverkan är:

Det etiska motivet - samverkan kan avlasta brukaren bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och förhindra att individen faller mellan stolarna.

Verksamhetsmotivet - en enskild aktör (verksamhet/myndighet) kan inte ensam lösa brukarens problem.

Effektivitetsmotivet - genom samverkan kan uppgiften lösas mer kostnadseffektivt.

Kunskapsmotivet - samverkan kan bredda och fördjupa kunskapen om fungerande re/habilitering.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

1. Socialstyrelsen nämner följande punkter som grundläggande för att olika yrkesgrupper och verksamheter ska kunna samverka:
2. Utse en gemensam ledningsgrupp för hälso- och sjukvård och socialtjänst som utifrån en gemensam avsikt och ett gemensamt synsätt uttrycker en idé om att ett gemensamt problem kan lösas med samverkan.
3. Utse en grupp samordningsansvariga - som ska utföra det konkreta samverkansarbetet tillsammans med brukarna. Håll möten mellan dessa grupper (ledningsdialoger). Fyra konkreta huvudfrågor som måste diskuteras och besvaras:

- Vilket problem ska ni lösa?

- Vilket mål har ni med samverkan i detta sammanhang?

- Vilken är den målgrupp som samverkan ska omfatta?

- Vilka resurser ska finnas och vilka regler ska gälla för de samordningsansvariga?

Enligt Socialstyrelsen så kan man dela in framgångsfaktorerna för bra samverkan i två grupper:¹

VÅRD I SAMVERKAN (VIS)

På uppdrag av TKL- Tjänstemannaberedning kommuner och landsting- har en överenskommelse om samverkan mellan landstinget och kommunerna i Uppsala län avseende hälso- och sjukvård arbetats fram.

Överenskommelsen handlar om ansvar och samverkan när det gäller personer som har behov av hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering, rehabilitering och tekniska hjälpmedel. För vissa målgrupper krävs förtydligan. Därför har särskilda överenskommelser tagits fram

¹ Samordna rehabiliteringen. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting. Socialstyrelsen, 2011.

gällande samverkan kring personer med missbruk/beroende samt personer med psykisk funktionsnedsättning.

REHABILITERING OCH HABILITERING I SAMVERKAN

Riktlinjen för rehabilitering och habilitering i samverkan fastställdes i maj 2015. Denna riktlinje avser **att tydliggöra ansvaret för habilitering och rehabilitering samt hur landstinget och kommunerna ska samverka**. Genom riktlinjen identifieras också utvecklingsområden som landstinget och kommunerna tillsammans och var för sig ska arbeta med. **Intentionen är att samverka utifrån den enskildes behov** och göra samhällsnytta.

Riktlinjen omfattar samtliga målgrupper där landstinget och kommunerna behöver samverka.²

HUVUDMÄNNENS ANSVAR

Både landstinget och kommunerna ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande perspektiv; **att ta tillvara den enskildes funktioner och förmågor samt arbeta sjukdomsförebyggande**.

Då den enskilde behöver insatser från både landstinget och kommunen **så har båda huvudmännen ett ansvar att samordna insatserna och vid behov erbjuda den enskilde en samordnad individuell plan (SIP)**. Den i landstinget eller kommunen som först uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av att få insatserna samordnade ska ta initiativ till att en SIP upprättas.

SPECIALISERAD VÅRD

Då den enskilde behöver specialiserad vård dygnet runt inom slutenvård så ansvarar landstinget för rehabiliteringen. Redan när patienten skrivs in i slutenvården ska en bedömning av rehabiliteringsbehovet göras.

PRIMÄRVÅRD

Både landstinget och kommunerna ansvarar för rehabilitering i primärvård.

LANDSTINGETS ANSVAR

I huvudsak omfattar landstingets ansvar i primärvård rehabilitering vid vårdcentral.

²Rehabilitering och habilitering i samverkan. Docplus, Regionupsala. Godkänd 2017-03-01.

KOMMUNENS ANSVAR

Kommunernas ansvar omfattar rehabilitering i hemmet om den enskilde bedöms ha betydande svårighet att ta sig till en mottagning och om rehabiliteringsbehovet bedöms överstiga 14 dagar. ***Kommunerna ansvarar även för rehabilitering vid särskilda boendeformer (SoL), boenden med särskilt stöd (LSS) och vid dagverksamhet (SoL). Ansvaret gäller personer från och med 17 års ålder.***

HJÄLPMEDEL

Landstinget och kommunerna ska ha behöriga förskrivare av hjälpmedel som tillgodoser den enskildes behov.

Landstinget ansvarar för syn-, hör-, tal- och kommunikationshjälpmedel för alla åldrar. När det gäller hjälpmedel för förflyttning, personlig vård och kognition har landstinget ansvar upp till 21 års ålder. Därefter går ansvaret över till kommunen.

Om den enskilde har insatser från flera verksamheter samtidigt eller från både kommun och landsting krävs samverkan.

INFORMATION OCH DELAKTIGHET

Planeringen av rehabiliteringsprocessen utgår från regelverk och den enskildes mål och prioriteringar. ***Professionen ska kontinuerligt föra en dialog med den enskilde så att denne är delaktig och kan påverka sin rehabiliteringsprocess.*** För att säkerställa delaktigheten ska vårdgivaren anpassa informationen utifrån den enskildes förmåga. Även närstående ska informeras om den enskilde ger sitt samtycke.

ÖVERLÄMNING MELLAN VÅRDGIVARE OCH VERKSAMHETER

I dokumentet ***"Rehabilitering och habilitering i samverkan"*** som godkändes 2017-03-01 skriver man att ***det är den enskildes individuella behov som avgör när rehabiliteringsansvaret kan överlämnas till en annan vårdgivare eller verksamhet.*** Vidare så skriver man att den som överlämnar rehabiliteringsansvaret ***ska*** säkerställa att det finns en mottagare.

Det står också att när den enskilde är utskrivningsklar så ska den samlade specialistkompetensen involveras i bedömningen av fortsatta rehabiliteringsbehov. ***Och när det finns fortsatta rehabiliteringsbehov så ska slutenvården kalla berörda verksamheter till en samordnad utskrivningsplanering.***

Man nämner också att verksamheten i samband med utskrivning ska säkerställa att den enskildes behov av hjälpmedel kartläggs och tillgodoses och att förskrivning av hjälpmedel ska ske på plats. Man betonar även att kommunikation mellan landsting och kommun *ska* föras *oavsett vem som ansvarar för uppföljningen eller om hjälpmedlet överlämnas till den enskilde som egenvård eller egenansvar.*

TILLGÄNGLIGHET

I dokumentet ”*Rehabilitering och habilitering i samverkan*” skriver man, gällande tillgänglighet, att ”*den enskilde ska veta vem han/hon ska kontakta vid frågor och funderingar om sin rehabiliteringsprocess*”. Att det ska finnas en samordnande funktion, s.k. fast vårdkontakt (vilket innebär en utsedd person), när flera vårdgivare och organisationer är involverade i vård och stöd.³

Vidare står det att *ett samarbetsperspektiv ska beaktas* i organisationernas strävan efter tillgänglighet samt att berörda funktioner i landstinget och kommun ska kommunicera med varandra för att säkerställa att vård och omsorg runt den enskilde hålls samman.

SAMARBETE MED ARBETSFÖRMEDLING OCH FÖRSÄKRINGSKASSAN

I samma dokument(”*Rehabilitering och habilitering i samverkan*”) står det att samverkan *ska ske* med arbetsgivare/arbetsförmedling och försäkringskassa när den enskilde har nedsatt arbetsförmåga p.g.a. sjukdom eller funktionsnedsättning.

Vidare så skriver man att Försäkringskassans uppdrag är att utreda rehabiliteringsbehovet och *samordna de insatser från arbetsgivare, hälso-och sjukvården, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra myndigheter som behövs* för att den enskilde ska kunna återgå i arbete eller kunna söka arbete.

I Arbetsförmedlingens uppdrag ingår arbetslivsinriktad rehabilitering i samarbete med Försäkringskassan. Detta samarbete startar med en gemensam kartläggning *tillsammans med den enskilde*. Den enskilde ska vara delaktig i sin egen rehabilitering och ska få ett gemensamt stöd från Arbetsförmedling och Försäkringskassan så länge det behövs.⁴

³Rehabilitering och habilitering i samverkan. ViS- vård i samverkan. Regionupsala. Docplus, godkänt den 2017-03-01.

⁴ Rehabilitering och habilitering i samverkan. Vård i samverkan ViS. Docplus, Regionupsala. 2017-03-01.

ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKAN AVSEENDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

MÅLGRUPP FÖR SAMVERKAN

Denna överenskommelse omfattar hälso-och sjukvårdsinsatser till samtliga målgrupper där landstinget och kommunerna behöver samverka.

SYFTE

Här kan man läsa ”*att med den enskilde i fokus, läns gemensamt tydliggöra kommunernas och landstingets ansvar för hälso- och sjukvård*”.

Under rubriken **Mål-övergripande mål** skriver man att länets invånare ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård där insatser från olika huvudmän hålls samman.

UTGÅNGSPUNKT FÖR SAMVERKAN

Följande sägs i dokumentet **Överenskommelse om samverkan avseende hälso- och sjukvård** gällande samverkan:

”Insatser för personer ska planeras och utformas i samverkan med den enskilde”.

Man skriver också att huvudmännen ska arbeta utifrån en evidensbaserad praktik, *den enskildes kunskap, erfarenheter och önskemål* samt professionens erfarenheter och yrkeskunskap.

Huvudmännen ska också beakta anhörig-/närståendeperspektivet.

STRUKTUR FÖR SAMVERKAN

I dokumentet ”*Överenskommelse om samverkan avseende hälso- och sjukvård*” skriver man att lednings- och chefsnivåns inställning till samverkan är avgörande för resultatet. Vidare kan man läsa att *”lednings- och chefspersonerna hos båda huvudmännen har ansvar för att prioritera samarbetet och ge verksamheter och medarbetare de förutsättningar som krävs”.*

ÅTGÄRDER VID BRISTER I SAMVERKAN

Enligt dokumentet (”Överenskommelse om samverkan avseende hälso- och sjukvård”) så ska avvikelshantering ske enligt gällande riktlinjer hos huvudmännen då brister i samverkan uppstår, både på individ- och organisatorisk nivå.⁵

ÖVERENSKOMMELSE MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH PSYKIATRISK SPECIALISTVÅRD KRING HANDLÄGGNING AV PSYKIATRISK SJUKDOM

LANDSTINGETS ANSVAR

I detta dokument ”Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom”... står det att **primärvården har ett basansvar för psykisk ohälsa** och att man ingår i första linjens psykiatri.

Vidare kan man läsa att **”samtliga vårdcentraler ska tillhandhålla farmakologisk och psykologisk behandling samt psykosociala insatser”**.

Specialistpsykiatrin har huvudansvar vid allvarlig psykisk störning/sjukdom.

AKADEMISKA SJUKHUSET, VERKSAMHETSOMRÅDE PSYKIATRI

Följande står i dokumentet ”Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom” angående Akademiska

sjukhusets uppdrag: *”Att för hela länet bedriva heldygnsvård, akutmottagning, öppenvård för beroende- och neuropsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri”*.

Deras uppdrag för psykos- och affektiva sjukdomar gäller Uppsala, Knivsta och Håbo kommun.

Wemind Norduppland (f.d. HÄTÖ närpsykiatri)

I deras uppdrag ingår följande:

”Att tillhandahålla öppenvårdsinsatser för psykos och affektiva sjukdomar för personer över 18 år i Heby, Älvkarleby, Tierp och Östhammars kommuner”.

Det som **inte** ingår i deras uppdrag är:

Specialiserad beroendevård, specialiserad äldrepsykiatri, svårare ätstörningar, rättspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri.

⁵ Överenskommelse om samverkan avseende hälso- och sjukvård. ViS, vård i samverkan. Docplus, Regionupsala. 2017-03-01.

KOMMUNERNAS ANSVAR

Kommunen ska initiera, planera och samordna de sociala insatserna för personer med psykiska funktionshinder.

Annat som också ingår i kommunens ansvar är:

- Att bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter. Fråga: **Görs det verkligen och i så fall hur?**
- Initiera och påtala behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Medverka till att personen får tillgång till rehabilitering. Fråga: **Hur informeras individen?**
- Tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att den enskilde får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter dennes behov. Fråga: **Hur ser samordningen ut kring detta?**
- I särskilda boenden och dagverksamhet ansvara för omvårdnad och allmän hälso- och sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå.

HUVUDMÄNNENS GEMENSAMMA ANSVAR

Landstinget (primärvård och psykiatri) och kommunerna har *ett gemensamt ansvar för att tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen medverka vid rehabilitering* av personer med psykiska funktionsnedsättningar. Fråga: **Hur fungerar det i verkligheten?**

FUNKTIONELLT SAMARBETE

I dokumentet "Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom" står det att: *"i ett funktionellt samarbete är det viktigt att skapa mötesplatser. Det är angeläget med regelbundna möten på såväl ledningsnivå som på lokal nivå"*.

I funktionellt samarbete ingår:

- Handläggningsrutiner, t.ex. vårdprogram
- Konsultationer, enklare per telefon eller i samarbete på öppenvårdsenhet

- Bedömningar, enstaka patientbesök av second opinion-karaktär.
- Samverkans forum
- Gemensam utbildning/fortbildning/handledning⁶

ÖVERENSKOMMELSE GÄLLANDE RISKBRUK, MISSBRUK OCH BEROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALTJÄNSTEN

I detta dokument ***”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten”***, som TKL (tjänstemannaberedningen kommuner och landsting) fastställt 2016-11-18, står följande:

”Sedan 1 juli 2013 föreligger det en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel”.

Enligt 8 b § HSL(Hälso-och sjukvårdslagen) så ska ***landstinget*** ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel”. Det står även att om det är möjligt ***så bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.***

Här i Uppsala län har representanter för brukarnätverket för beroendefrågor deltagit i arbetet med att ta fram överenskommelsen, detta gjordes i början av 2016.

Enligt 5 kap. 9 a § SoL (Socialtjänstlagen) så ska ***kommunen*** ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Vidare står det ***att primärvården har ett basansvar för psykisk ohälsa*** och ingår i första linjens psykiatri. Under våren 2016 träffade Primärvården och den psykiatriska specialistvården i Uppsala län en överenskommelse kring handläggning av psykiatrisk sjukdom, där substansbrukssyndrom (missbruk/beroende) ingår. Man menar i detta dokument att primärvårdens roll i arbetet med missbruk, riskbruk och beroende i den överenskommelsen har tydliggjorts.

SYFTE OCH MÅL

Man skriver i dokumentet ***”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för***

⁶ Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom. Docplus, Regionuppsala. 2016-02-10.

hälso- och sjukvård och socialtjänsten” att syftet med den regionala överenskommelsen är ***att underlätta och stärka samverkan mellan kommunerna och landstinget.***

Fråga: används den regionala överenskommelsen aktivt eller är det endast en pappersprodukt?

Det står också att: *”Målet är att barn, unga och vuxna som tillhör målgruppen skall, med delaktighet och inflytande, ges en sammanhängande vård och behandling och tillgång till insatser på rätt nivå”.*

Ett annat syfte med överenskommelsen är ***att på ett tydligt sätt lyfta fram brukarna som en självklar kunskapskälla.*** Man skriver också att ***målet är att brukarnas kunskaper på ett strukturerat sätt skall efterfrågas och tas tillvara.*** **Fråga: hur gör man det?**

I detta dokument ”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” uppmanar man vårdgivaren att ta tillvara brukarorganisationernas stöd- och informationsarbete samt deras förebyggande verksamhet.

UTGÅNGSPUNKTER FÖR SAMVERKAN

Följande står i dokumentet ”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten”: *”Socialtjänsten ska aktivt stödja för att den enskilde personen med missbruk/beroende får den hjälp och vård som han/hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk”.*

Man skriver också att arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde.

Det står också skrivet att ***det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten.***

Den regionala överenskommelsen berör både ***hälso- och sjukvården och socialtjänsten som har ett gemensamt ansvar för att en fungerande och ändamålsenlig samverkan möjliggörs.***

Samtliga kommuner i länet ***ska*** även skriva en ***lokal överenskommelse*** mellan kommun och landsting som ska grunda sig på den regionala.

SAMSJUKLIGHET

Enligt denna överenskommelse-”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten”- så har ***hälso- och sjukvården och socialtjänsten ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatriska symtom och somatisk sjukdom.***

Det står också att: ***”en samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig, samordnad av landstinget och kommunen”***.

Man har även skrivit att ***Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för samordning av insatser för den enskilde***.

- Primärvården har ansvar för första linjens psykiatri.
- Specialistpsykiatri har ansvar för psykiatrisk utredning och behandling
- Socialtjänsten har ansvar för psykosociala insatser för missbruk/beroende.

SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP)

Här har man skrivit att alla brukare som får vård och behandling från flera huvudmän enligt lag ***ska*** erbjudas att en skriftlig samordnad individuell plan upprättas (SoL, 2 kap 7§ och HSL 3f§) samt ***att båda huvudmännen har lika stort ansvar för att erbjuda och upprätta en sådan plan***.

Man menar också att man alltid bör utgå från att en sådan plan behövs för personer med psykisk sjukdom och som samtidigt missbrukar för att behoven ska kunna tillgodoses.

ARBETE/SYSSELSÄTTNING

Enligt vad som står i dokumentet ”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” så ska Socialtjänsten, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gemensamt ansvara för arbete, arbetsrehabilitering och sysselsättning.

VÅRD- OCH STÖDSAMORDNING (VOSS)

I detta dokument ”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” står det att ***”målgrupp för vård- och stödsamordning i form av integrerade eller samverkande team, så kallad vård- och stödsamordning (VOSS), är personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom”***.

Åtgärden innebär en samordning av vård- och stöd i ett multiprofessionellt team där både behandling av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen och psykosociala stödåtgärder finns tillgängliga.

STÖD TILL ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE

I dokumentet ”Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” har man skrivit att patientlagen, som är skapad för att stärka patientens/brukarens ställning i sin egen vård, som trädde i kraft 1 januari 2015, beskriver ökade krav på att informera och göra patienter och närstående delaktiga i vården.

Bland annat beskrivs vikten av att tillvara patienters och anhörigas kunskaper och erfarenheter samt att anhöriga/närstående ska uppmärksammas och ges stöd utifrån sina behov.

Två punkter finns inskrivna i dokumentet” Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” gällande anhöriga/närstående:

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar att uppmärksamma och informera anhöriga/närstående.

- Socialtjänsten har ett lagstadgat ansvar att erbjuda stödinsatser till anhöriga/närstående.

FAMILJEPERSPEKTIV/BARN SOM ANHÖRIGA

Dokumentet” Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” säger att socialtjänsten och hälso-och sjukvården ***ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden.*** Vidare så har man skrivit att det inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård ***bör*** finnas tydliga rutiner för:

- Hur barn i missbruksmiljöer ska uppmärksammas och ges stöd
- Hur det enskilda barnets rätt till information ska säkerställas
- Hur det enskilda barnet skall ges möjlighet till delaktighet och inflytande i frågor som berör dem
- Hur föräldrar skall ges stöd och hjälp i sitt föräldraskap inom rehabilitering

UNGA

För första gången så uppmärksammas nu ungdomar i de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen som kom 2015. Man vet att samsjukligheten är hög bland dessa. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för att uppmärksamma unga som använder alkohol och/eller narkotiska preparat.

LÄKEMEDELSBEROENDE

Även läkemedelberoende uppmärksammas för första gången i de nya nationella riktlinjerna. Man skriver i detta dokument, ” Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten”, att området har varit eftersatt och att ***det krävs samarbete kring ett kunskapslyft om problematikens omfattning, läkemedlens verkan och hur hjälp kan ges på bästa sätt.***

Följande står skrivet i dokumentet” Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” om läkemedelsberoende:

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för att uppmärksamma läkemedelsberoende.

- Hälso- och sjukvården har ansvar att **säkerställa en ansvarsfull förskrivning av beroendeframkallande läkemedel** samt att erbjuda abstinensbehandling, nedtrappning och/eller läkemedelsassisterad behandling.

BRUKARINFLYTANDE

I dokumentet” Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvård och socialtjänsten” står det **”att ha ett genomgående brukarperspektiv är en förutsättning för att utföra ett bra arbete”**.

Man skriver vidare i dokumentet(samma som ovan) att samtliga brukare ska bemötas med respekt och tillgänglighet och att det ska vara en självklarhet.

Följande står också skrivet: **”Att lyfta fram brukarna som kunskapskälla är något som präglat utvecklingen under senare år och att ett långsiktigt arbete för att öka medvetenheten, i organisationer och verksamheter, om betydelsen av fokus på brukarnas inflytande har lyfts fram”**.

BRUKARINFLYTANDE SKA FINNAS PÅ:

LÄNSNIVÅ:

Här har man skrivit att man kan arbeta med brukarinflytande på regional nivå bl.a. genom

- Att brukarna är representerade i RIMs styrgrupp.
- Brukarrevisioner som utförs av Brukarrevisionsbyrån BRiU.
- Samarbeta med Forum för Brukarinflytande.

LOKAL NIVÅ:

Här kan man läsa följande: **”de brukarföreningar som finns på lokal nivå ska ges möjlighet att komma till tals och deras erfarenhet och kunskap ska efterfrågas och tillvaratas”**.

Det står också att brukarinflytande på lokal nivå kan ske genom:

- Brukarreferensgrupper
- Brukarråd
- Brukarenkäter
- Brukarrevisioner

INDIVIDUELL NIVÅ:

På denna nivå har man skrivit att brukarens erfarenhet, kunskap och önskemål ska finnas som en ***självklar del*** i utredning, bedömning och i val av insats och behandling.

Brukarinflytande på individuell nivå kan bl.a. ske genom:

- SIP och vårdplan/genomförandeplan.
- Att involvera närstående
- Säkerställa att den enskilde har tillgång till den information han/hon behöver för att vara delaktig i beslut och insatser.
- Brukaren ges möjlighet att upprätthålla sitt självbestämmande.⁷

FAST VÅRDKONTAKT

Den 1 juli 2010 infördes en lagändring i 29 a § i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) gällande ***fast vårdkontakt***. Denna ändring innebär att verksamhetschef har ansvaret att utse en fast vårdkontakt som ersätter den gamla funktionen ***”patientansvarig läkare” (PAL)*** (prop. 2009/10:67 s. 55ff).

Följande står att läsa i dokumentet ”Fast vårdkontakt”- ViS, vård i samverkan kommun-landsting om fast vårdkontakt:

”Hälso- och sjukvården ska samordna vårdinsatser från olika enheter och vårdgivare samt andra berörda myndigheter.” Samordningsansvaret ligger på hälso- och sjukvården, ***inte*** hos patienten själv.

Syftet med fast vårdkontakt är att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården.

Man skriver också att en fast vårdkontakt ger ökad möjlighet att överblicka hela patientens vårdssituation och **säkerställer därmed patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, oavsett boendeform och vårdgivaransvar.**

FAST VÅRDKONTAKT KAN INNEBÄRA:

- Att samordna vårdens insatser.
- Att informera patienten, och vid behov närstående, om vårdssituationen och planeringen.

⁷ Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende för hälso- och sjukvården. ViS- vård i samverkan, docplus, Regionuppsala. Fastställd 2016-11-18.

- Förmedla kontakter med relevanta personer hos andra vårdgivare och huvudmän.
- Stödja patienten i kontakt med socialtjänst och andra berörda myndigheter, t.ex. Försäkringskassan.

VEM ANSVARAR?

Det är verksamhetschefen som utser en fast vårdkontakt när hälso- och sjukvården anser att det behövs eller om patienten själv begär det.

En del patienter, som har kontakt med flera olika delar av sjukvården och olika vårdgivare, kan behöva flera fasta kontakter, både från kommun och landsting.

VEM KAN UTSES?

En fast vårdkontakt kan vara någon hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Men det kan också vara någon administrativ personal.

Om patienten har önskemål om en särskild person som fast vårdkontakt så ska detta så långt som möjligt tillgodoses.

GENOMFÖRANDE

I dokumentet ”Fast vårdkontakt”- ViS, vård i samverkan kommun-landsting skriver man att verksamhetschefen har ansvar när det gäller rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Och när en patient har flera fasta vårdkontakter så ***måste en samordningsansvarig fast vårdkontakt utses***, helst där patienten har sin huvudsakliga vård.

Man skriver också att ***de fasta vårdkontakterna ska samverka och samordna insatser för den enskilde***. Patienten måste samtycka till att detta sker enligt bestämmelserna om sekretess.

Samtliga beslut och planerade insatser samt given information ska dokumenteras i journal.

Enligt detta dokument ”Fast vårdkontakt”- ViS, vård i samverkan kommun-landsting så ska patienten informeras om:

- Vem/vilka som är personens fast(a) vårdkontakt(er)- namn, arbetsplats, telefonnummer och hur kontakter tas. Vid behov ska även närstående informeras.

Man skriver också att *”information om rättigheten till fast vårdkontakt bör finnas på webbplats hos både kommun och landsting.”*⁸

⁸ Fast vårdkontakt. ViS- Vård i samverkan. Docplus, Regionuppsala, 2016-07-21.

SAMVERKAN VID IN- OCH UTSKRIVNING AV PATIENTER I SLUTENVÅRD

I dokumentet (med samma namn som rubriken ovan) har man skrivit att *”en trygg och säker utskrivning från sjukhuset börjar redan vid inskrivning. Risker och behov identifieras och planeringen anpassas utifrån den enskildes behov”*.

Vidare kan man läsa att det i Uppsala län finns en överenskommelse mellan huvudmännen om att samverkan vid utskrivning ska ske med det elektroniska kommunikationsverktyget *Prator* för att säkerställa in- och utskrivningsprocesserna.

SYFTE

Enligt dokumentet ”Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård” så är syftet med riktlinjen att:

- Utgöra en vägledning i processen för in- och utskrivning från slutenvården.
- Skapa förutsättningar för en god och säker hemplanering för individen.
- Utgöra en grund för upprättandet av lokala rutiner så att patientsäkerhet och ledtider kvalitetsäkras.

OMFATTNING

Man skriver att målgruppen är patienter som är över 17 år som är inskrivna i slutenvården och som redan har eller förväntas få behov av insatser från kommunal hemsjukvård och/eller socialtjänst samt primärvård/öppenvård efter utskrivning.

ANSVAR- HUVUDMAN, VÅRDGIVARE SAMT PATIENT- SÄKERHETSGRUPP

Dokumentet säger att huvudmannen ansvarar för att

- Det finns en överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården.
- Det utses en huvudadministratör för Prator som ansvarar för samordning och utbildning i systemet på lokal nivå.
- Det av dokumenthanteringsplanen framgår hur vårdplanen ska arkiveras.

Varje vårdgivare ska upprätta en lokal rutin för Prator där organisation, roller och behörigheter i systemet klargörs.

Patientsäkerhetsgruppen ansvarar för att följa upp riktlinjen enligt uppdrag från TKL-tjänstemannaberedningen kommuner och landsting. Avvikelser och statistik avseende in- och utskrivningsprocessen sammanställs i den länsgemensamma patientsäkerhetsberättelsen.

GENOMFÖRANDE

I dokumentet skriver man att **”grundläggande för all vård och omsorg är patientens/brukarens delaktighet samt att dennes autonomi (självbestämmande) och integritet respekteras”**.

Vidare står det att det är den behandlande läkaren i slutenvården som är ytterst ansvarig för att bedöma när en patient är utskrivningsklar och att den samordnade utskrivningsplaneringen genomförs. Den behandlande läkaren ska också, inför utskrivning från slutenvården, bedöma om hälso- och sjukvårdsuppgifter kan genomföras som egenvård. Efter utskrivning återtar läkaren i primärvård/öppenvård det medicinska ansvaret om inte annat har bestämts.

UTSKRIVNINGSPLANERINGSPROCESS

I detta dokument står det att en trygg och säker utskrivning från sjukhuset redan börjar vid inskrivningen. Att risker och behov ska identifieras och att planeringen ska anpassas utifrån den enskildes behov.

Så snart behoven har identifierats så ska ett inskrivningsmeddelande skickas. Detta gäller patienter som har eller förväntas få behov av insatser från kommunal hemsjukvård och/eller socialtjänst efter utskrivning. Och det gäller oavsett boendeform.

Innan ett inskrivningsmeddelande skickas så ska samtycke för informationsöverföring inhämtas. Meddelandet ska innehålla upplysningar om orsak till inskrivning och beräknad tidpunkt för utskrivning. Om patientens tillstånd inte medger att samtycke inhämtas så får information lämnas efter menprövning. Oavsett samtycke kan inskrivningsorsak, personnummer, namn och folkbokföringsadress lämnas.

Inskrivningsmeddelandet från slutenvården ska kvitteras av kommunen samt besvaras så att väsentlig informationsöverföring kan ske. Respektive profession skall besvara meddelandet inom 24 timmar eller nästföljande vardag. **Inskrivningsmeddelandet innebär också att planeringen för utskrivning ska påbörjas, oavsett boendeform.**

Vid omfattande behov där specialiserad vård ska utföras krävs en särskild planeringsprocess som påbörjas vid inskrivningsmeddelandet från slutenvården så snart behovet har identifierats och innan kallelse till utskrivningsplanering sker.

FÖRBEREDANDE PLANERINGSMÖTE

Enligt detta dokument så ska processen efter inskrivningsmeddelandet inledas med ett förberedande planeringsmöte. Kommunikationen för samordning kring dessa förberedelser sker via extrameddelanden.

Det förberedande planeringsmötet har som syfte ***att i första hand säkerställa den medicinska säkerheten, att riskbedömning genomförs samt att tidsåtgång för utbildning och vidare planering tydliggörs för patient och respektive huvudman/vårdgivare.***

FÖRBEREDELSE INFÖR OCH KALLELSE TILL SAMORDNAD UTSKRIVNINGSPLANERING

Varje profession ansvarar för att planera och vidta åtgärder enligt den checklista som är aktuell för patienten som förberedelse inför kallelse till vårdplanering.

Kallelse till samordnad utskrivningsplanering skall sändas ***när patienten bedöms vara utskrivningsklar inom de närmaste 1-2 dagarna för somatisk slutenvård och inom 30 dagar för psykiatrisk slutenvård.*** Kallelsen skall ha inkommit till kommunen och öppenvården/primärvården senast kl. 15.00.

I dokumentet skriver man också att en samordnad utskrivningsplanering kan ske genom ett personligt möte, via videokonferens, via telefon eller enbart elektroniskt innan patienten skrivs ut från sjukhuset. ***Och utskrivningsplaneringen ska genomföras även då fortsatt vård- och omsorgsplanering sker i hemmet.***

SAMORDNAD PLAN VID UTSKRIVNING

Man skriver också att berörda professioner ***ska*** dokumentera vilka åtgärder som planerats i den samordnade utskrivningsplanen och planen ***ska*** överlämnas till den enskilde vid

hemgång. Innehållet i vårdplanen ska också utformas utifrån patientens behov och planeringssteg.⁹

ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKAN KRING PERSONER MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

INLEDNING OCH BAKGRUND

Enligt dokumentet så ska denna överenskommelse utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommunens och Regionuppsalas(landstingets) verksamheter på regional och lokal nivå. ***Personer ska kunna få sina behov tillgodosedda av flera verksamheter samtidigt.***

Man har också skrivit att kommunen och Regionuppsala har ett ***gemensamt*** ansvar för rutiner och arbetssätt så att insatser, vård och behandling harmonierar med varandra. Dessa ska vara individuellt utformade ***där den enskildes delaktighet och självbestämmande är av central betydelse.***

Man säger även att ***”samverkan är en viktig faktor för att i ett tidigt skede förhindra eller förebygga utveckling av psykisk ohälsa och ska vid behov ske kring personer med psykisk funktionsnedsättning för att de ska kunna behålla och/eller förbättra hälsan”.***

Med stöd av 6§ Förvaltningslagen 1986:223 har myndigheterna en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med varandra.

MÅLGRUPP

Överenskommelsens målgrupp är personer med psykisk funktionsnedsättning, i alla åldrar, som har behov av insatser från båda huvudmännen.

SYFTE

Följande är syftet med överenskommelsen:

- Att den enskilde i fokus tydliggöra respektive huvudmans ansvar för vård, stöd och insatser.

- Att ha en tydlig, effektiv och känd struktur för samverkan på såväl regional som lokal nivå kring enskilda personer med funktionsnedsättning. Fråga: när, hur och var träffas man?

⁹ Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. ViS, Vård i samverkan- Docplus, Regionuppsala. Godkänt den 2017-05-29.

- Att identifiera gemensamma mål som ger huvudmännen vägledning i prioriteringar.

UTGÅNGSPUNKTER FÖR SAMVERKAN

- Huvudmännen ska arbeta utifrån en evidensbaserad praktik, den enskildes kunskap, erfarenheter och önskemål samt professionens erfarenheter och yrkeskunskap.
- Huvudmännen ska arbeta utifrån nationella styrdokument och riktlinjer.
- Huvudmännen ska beakta konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
- Huvudmännen ska beakta barnkonventionen och principen om att barnets bästa ska följas.
- I överväganden som rör ett enskilt barn eller ungdom ska denne ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad.
- Närståendes kunskap och erfarenheter ska tillvaratas.
- Samarbetet ska präglas av öppenhet och ömsesidig respekt.

HUVUDMÄNNENS ANSVAR

KOMMUNENS ANSVAR

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver.

SKOLAN

Här skriver man att ***”samverkan med skolan är viktig för att barn med funktionsnedsättning ska utvecklas och må bra”***. Det står också att alla elever ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt. Som skolhuvudman ansvarar kommunen för att elevhälsa finns för varje elev och den ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.

Elevhälsan ska bidra till:

- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser/förhållningssätt
- Främja lärande
- Utveckling och hälsa
- Stödja individens utveckling mot utbildningens mål.

LANDSTINGETS ANSVAR

Landstinget ansvarar för all hälso- och sjukvård enligt HSL(Hälso- och sjukvårdslagen) med undantag för det ansvar som enligt avtal vilar på kommunen.

Hälso- och sjukvården har en skyldighet att delta i samverkan som initieras av socialtjänsten i frågor som berör barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Primärvården har ett basansvar för hälso- och sjukvård för alla åldrar **inklusive psykisk ohälsa och riskbruk**.

Den specialiserade vuxenpsykiatriska vården riktar sig till personer över 18 år och är huvudansvarig vid allvarlig psykisk störning eller sjukdom.

BUP:s uppdrag är att göra en bedömning av barn och unga där de psykiska problemen är av sådan omfattning och intensitet att hjälpinsatser på specialistnivå är nödvändiga. Bedömningen kan resultera i fortsatt behandling eller utredning.

Den specialiserade beroendepsykiatrin ansvarar för att medicinskt utreda och behandla personer över 18 år med svår eller komplicerad problematik gällande alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk.

HABILITERINGEN

Habilitering och hjälpmedel i Uppsala län är en specialistverksamhet som ansvarar för habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till personer i alla åldrar med bestående varaktiga funktionsnedsättningar som medför betydande svårigheter i det dagliga livet. Målgrupperna här är personer med utvecklingsstörning, flerfunktionshinder, autismspektrumtillstånd, rörelsehinder, svår ADHD, förvärvade hjärnskador samt syn- och hörselnedsättningar.

HUVUDMÄNNENS GEMENSAMMA ANSVAR

Båda huvudmännen har ansvar för att i alla situationer

- Tidigt uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa som kan leda till psykisk funktionsnedsättning
- Involvera de huvudmän och verksamheter som behövs för att individen ska få adekvat vård och stöd, både internt och externt.
- **Samordna** vård- och stödinsatser när behov finns.
- **Ta ett gemensamt ansvar för målgruppens behov av hälsofrämjande insatser.**
- Beakta risker för fysisk ohälsa och skapa förutsättningar för en god somatisk vård.

- Beakta anhörigperspektivet och erbjuda stöd till såväl vuxna som minderåriga.

SAMVERKAN PÅ REGIONAL OCH LOKAL NIVÅ

REGIONAL NIVÅ

Tjänstemannaberedning kommuner och landsting (TKL) är ett tjänstemannaforum för gemensamma frågor som rör socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kommunerna företräds av förvaltningschefer och landstinget företräds av hälso- och sjukvårdsdirektör och tjänstemän med ledningsfunktion. Ledamöterna har mandat från sina respektive nämnder och styrelser att företräda i de gemensamma frågorna. Skolan representeras av två adjungerade skolchefer.

LOKAL NIVÅ

Den generella strukturen för lokal samverkan innebär att det i varje kommun finns landstings- och kommunpolitiker som regelbundet möts i dialog kring gemensamma frågor. Det finns också samverkansgrupper på chefsnivå som ansvarar för det lokala utvecklings- och förbättringsarbetet. Gemensamma utvecklingsarbeten sker i arbetsgrupper eller projektgrupper lokalt. Och i flera av länets kommuner finns det närvårdscoordinatorer som lokalt ansvarar för att driva och utveckla samverkan.

GEMENSAM UTBILDNING OCH KOMPETENSUTVECKLING

Här skriver man att en väl fungerande samverkan bygger på god kännedom om varandras verksamheter och respekt för varandras uppdrag. Därför är det nödvändigt att **all personal som deltar i samverkan** har god kännedom om förutsättningarna för respektive huvudmans uppdrag. Vidare kan man också läsa att *”det är av stor vikt att kunskapsöverföring sker genom fortlöpande utbildningsinsatser där brukarorganisationer också görs delaktiga”*.

INDIVIDNÄRA SAMVERKAN

Här har man skrivit följande: *”för att den enskilde ska få bra vård och stöd för sin funktionsnedsättning krävs att huvudmännen möter dessa behov med en helhetssyn och att det finns upparbetade strukturer för samverkan”*. Samt att respektive chefer ansvarar för att samverkan etableras och fungerar.

Det står också att samverkansrutiner ska säkerställa att den ansvariga personalen ges de förutsättningar som behövs för att kunna genomföra samordning. Huvudprincipen är att all samverkan sker med samtycke av den enskilde eller vårdnadshavare.

Under rubriken ”Gemensamma planeringar” kan man läsa att det finns en lagstadgad skyldighet som innebär att huvudmännen tillsammans ska samordna planeringen då den enskilde har behov av vård, stöd och insatser från båda huvudmännen.

När det gäller öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård så skriver man att en samordnad vårdplan alltid ska upprättas om patienten har behov av insatser från kommunen och att den ska bifogas till Förvaltningsrätten. Det är den psykiatriska vården som ska ta initiativ till att göra planeringen tillsammans med kommunen.

I dokumentet sägs det också att:

- Patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen.
- Om det inte är möjligt att upprätta en samordnad vårdplan i samråd med patienten, så ska orsaken till det anges i planen.
- *Vårdplanen ska innehålla planerade insatser och former för samverkan.*
- Chefsöverläkaren vid en sjukhusinrättning där patienten är inskriven ska ansvara för uppföljning av den samordnade vårdplaneringen.
- Vid uppföljning ska framgå vilka insatser som har genomförts i enlighet med den samordnade vårdplanen.

SEKRETESS/SAMTYCKE

Om möjligt så bör samtycket vara skriftligt och det bör framgå vilka uppgifter en enskilde har samtyckt till att dela. *Ett samtycke kan när som helst återkallas.*

SAMVERKAN MED BRUKARORGANISATIONER

Man har här skrivit att all hälso- och sjukvård och socialtjänst kräver ett ständigt pågående utvecklingsarbete gällande kvalitet och effektivitet och *att en utgångspunkt för det arbetet är att göra patienter/brukare och närstående delaktiga i verksamhetens utveckling avseende planering, genomförande och uppföljning.*

Man skriver även att brukarinflytande på organisations- eller systemnivå handlar om *att ge brukarorganisationer möjlighet till inflytande och delaktighet i beslutsprocesser på både tjänstemanna- och politikernivå.*

Det står också i dokumentet att brukarrevision bör användas som komplement till annan uppföljning för att mäta brukarnas upplevelse av stöd och service.

Man kan också läsa att *”brukarföreningarna kan vara ett viktigt komplement till den vård och det stöd som den enskilde erhåller och fylla en viktig funktion i återhämtningen”*.

SAMVERKAN OCH ANSVAR INOM SPECIFIKA OMRÅDEN

Den grundläggande utgångspunkten för insatser till personer som behöver särskilt stöd är att de i första hand ska få dessa tillgodosedda genom insatser i vardagsmiljön. Man menar även *att det är grundläggande att säkerställa kontinuitet och helhetssyn kring de stödinsatser som ges till den enskilde.*

HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Här har man skrivit att det är väl känt att personer med psykiska sjukdomar löper en kraftigt ökad risk att drabbas av somatisk sjukdom, beroendeproblem och att dö i förtid. Det står också att denna grupps problem och sårbarhet måste uppmärksammas och *att huvudmännen har ett särskilt ansvar för att medverka till att hälsoundersökningar erbjuds personer med psykiska funktionsnedsättningar.* Att hälsofrämjande arbetssätt och insatser *ska* erbjudas av båda huvudmännen och där det är möjligt i samverkan.

SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSINRIKTAD REHABILITERING

Kommunen ska medverka till att den enskilde får sysselsättning och stöd för att få ett arbete som är anpassat efter personens behov. Social samvaro, kultur- och fritidsaktiviteter samt sysselsättningsverksamhet utifrån individens förutsättningar *ska* erbjudas.

Landstinget ansvarar för att en psykiatrisk rehabilitering initieras som är inriktad på att uppnå förbättrad funktion för personen samt att minska konsekvenserna av sjukdomen. Man har även skrivit att arbete och/eller sysselsättning är viktiga faktorer i återhämtningsprocessen och att samordnad individuell planering kan (borde det inte stå *ska*?) vara ett verktyg för att konkret samverkan ska komma tillstånd för individen.

Det står också att samverkan ska ske mellan huvudmännen men också med Arbetsförmedling och Försäkringskassa när behov föreligger för att utveckla ett samordnat stöd.

Samordningsförbundet är en finansiell samverkan där Arbetsförmedling, Försäkringskassa, landstinget och länets åtta kommuner ingår. Samordningsförbundet utgör en plattform för det regionala samverkansarbetet kring arbetsfrämjande rehabilitering.

VUXNA MED MISSBRUK OCH/ELLER BEROENDE

En länsövergripande överenskommelse och regionala riktlinjer om missbruks- och beroendevård (RIM) syftar till att tydliggöra samverkan och respektive huvudmans ansvar för tidig upptäckt och behandling av riskbruk, missbruk och beroendesjukdomar. Denna överenskommelse utgår från de nationella riktlinjerna om missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2015).

Man skriver att överenskommelsen och riktlinjerna anger en röd tråd mellan regional och lokal samverkan, där lokala överenskommelser ytterligare ska ange ansvarsförhållanden och samverkan utifrån de lokala förutsättningarna.

Personer med psykisk funktionsnedsättning och samtidigt missbruk eller beroende **behöver omfattande stöd från både socialtjänsten och psykiatrin, anpassad för sina behov**. Man fortsätter med att skriva att behandling av denna grupp bör samordnas och att det i denna grupp även finns de som har läkemedelsberoende.

TANDVÅRD

Här har man skrivit att det vid psykisk funktionsnedsättning särskilt behöver beaktas mun- och tandhälsa. Och att personer med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar omfattas av landstingets tandvårdsstöd.

Det står också: **”För att identifiera personer som har rätt till nödvändig tandvård och munhälsobedömning samt för att utfärda intyg och genomföra utbildningsinsatser, krävs samverkan mellan huvudmännen”**. Därför har länets kommuner och landstinget fastställt en överenskommelse som reglerar vilka insatser respektive huvudman ansvarar för (Överenskommelse om ansvarsfördelning kring uppsökande verksamhet och tandvårdsstöd för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning).

STÖD TILL ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE

Anhöriga och närstående utsätts för stora påfrestningar och genom detta så kan de själva utgöra en riskgrupp för att utveckla egen psykisk ohälsa. Sedan har man också skrivit att **”välinformerade och kunniga anhöriga och närstående ska ses som en tillgång för vården och omsorgen”**.

Man skriver också att i det enskilda ärendet **ska** de ses som en resurs och vara delaktiga om den enskilde inte motsätter sig detta. Därför är det viktigt att uppmärksamma och identifiera individens nätverk och sammanhang samt att utarbeta rutiner för stöd, information och utbildning till anhöriga och närstående.

Man kan också läsa följande: ***”Hälso- och sjukvården ska i förebyggande syfte uppmärksamma de som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en närstående”***. Kommunerna är skyldiga att 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. Närstående kan utifrån sin egen situation söka stöd hos kommunen utan den enskildes samtycke.

AVVIKELSER

Här har man skrivit att avvikelser ska bidra till förbättringar och att de därför är självklara utgångspunkter vid uppföljningar av denna överenskommelse.

I en avvikelserapport ska följande framgå:

- Händelseförlopp
- Konsekvens för den enskilde
- Koppling till innehåll/avsnitt i överenskommelsen.

UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Här har man skrivit att:

- ***Överenskommelsen ska följas upp en gång om året för att se hur väl de gemensamt uppsatta målen har uppfyllts, vilket resultat samverkan har fått för målgruppen samt om överenskommelsen fyller sitt syfte och fungerar som det är tänkt.***
- I anslutning till uppföljningen ska handlingsplaner tas fram i syfte att nå de gemensamma uppsatta målen. ***Uppföljningen och framtagandet av handlingsplaner ska ske i samverkan med brukar- och anhörigorganisationer.***

KOMMUNERNA OCH LANDSTINGET ANSVARAR FÖR ATT:

- Följa upp och utvärdera enligt angivelser från TKL.
- Ta fram lokala handlingsplaner i syfte att nå de gemensamma målen.¹⁰

¹⁰ Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Docplus, Regionupsala. Godkänd 2017-03-01.