

# God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?

ETT STÖD FÖR PERSONAL I SAMVERKAN VID  
UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN PSYKIATRISK VÅRD



## Förord

Kvinnor och män som vårdas i slutna psykiatrisk vård, psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård har ofta behov av insatser från socialtjänsten, den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården och/eller den kommunala hälso- och sjukvården efter utskrivning. Personerna återgår i vissa fall till samma insatser som innan inskrivning, men i andra fall behövs nya insatser eller justeringar av befintliga insatser utifrån nya behov innan en övergång till öppen vård och omsorg kan ske. För att planera insatser vid utskrivning krävs att olika aktörer samverkar.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) trädde i kraft den 1 januari 2018 för somatisk vård och gäller fr o m 1 januari 2019 även den psykiatriska vården. Lagen har tydliggjort vad som gäller för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst vid planering av insatser vid utskrivning. Syftet med lagen är att säkra en trygg, säker och smidig övergång från slutna vård till öppen vård och omsorg för den enskilde.

För att det ska fungera behövs tydliga och kända strukturer, processer och rutiner. Men än viktigare; **förtroende, tillit och förståelse** för varandra.

I vissa situationer blir det extra tydligt att man arbetar i komplexa vård- och omsorgssystem där samverkan är avgörande för att det ska fungera. Det kan exempelvis röra sig om situationer där en person är bostadslös, har hög risk för återinsjuknande, kan utgöra en fara för sig själv eller andra, behöver en ny boendeform eller där utredningar tar lång tid och alternativ behövs i avvaktan på beslut. Vid sådana tillfällen behövs extra stor lyhördhet och extra tätt samarbete för att personen ska kunna erbjudas en trygg, säker och smidig vård och omsorg.

Denna skrift ska vara ett hjälpmedel **generellt vid utskrivning från slutna psykiatrisk vård** och **specifikt i komplexa situationer där svåra frågor uppstår**. Skriften ger inte exakta svar på hur olika aktörer ska agera, men den bidrar med konkreta tips för att kunna ta sig an situationerna tillsammans. Fokus för skriften är vad personal inom vård och omsorg bör tänka på i komplexa situationer, inte hur individen eller dennes närstående själva kan eller bör agera. Det grundläggande tankesättet om samverkan vid svåra frågor kan självklart användas som utgångspunkt även vid utskrivning från annan slutenvård än den psykiatriska.

Skriften är framtagen av SKL och innehållet har faktagranskats av medarbetare på SKL. Verksamhetsrepresentanter med expertis inom allmän- och specialistpsykiatri, rättspsykiatri, stöd till barn och unga, bostadsfrågor, beroendemedicin, kommunal hälso- och sjukvård, funktionsnedsättning, missbruksvård, socialtjänst, samt samverkansfrågor har läst skriften och inkommit med synpunkter på utformning och innehåll.

Stockholm juni 2019

Fredrik Lennartsson, avdelningschef

*Avdelningen för vård och omsorg*

## **Definitioner och begrepp**

### **Barn och ungdom**

I denna skrift används begreppen barn och ungdom för att beskriva personer under 18 år.

### **Kommunens handläggare**

I denna skrift används begreppet kommunens handläggare för att beskriva alla personalkategorier som utreder behov enligt SOL<sup>1</sup>/LSS<sup>2</sup>/LVM<sup>3</sup>/LVU<sup>4</sup>. Beroende på kommun, och i vissa fall förvaltning, benämns denna personalkategori olika, exempelvis socialsekreterare inom individ- och familjeomsorg, biståndsbedömare inom äldreomsorg och LSS-handläggare omsorg för personer med funktionsnedsättning.

### **Kommunal hälso- och sjukvård**

Kommunerna ansvar för att erbjuda viss hälso- och sjukvård i samtliga regioner. Sådan kommunal hälso- och sjukvård omfattar exempelvis hemsjukvård och rehabilitering. Då ansvarsfördelningen skiljer sig åt i landet görs i delarna med svåra frågor ingen uppdelning mellan socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

När det gäller den hälso- och sjukvård som vanligtvis benämns hemsjukvård, är regionen/landstinget den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock enligt 14 kap. 1 § HSL träffa avtal med en kommun inom länet om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. Samtliga kommuner i landet utom en (Stockholm) har träffat avtal med regionerna/landstingen om att överta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. Avtalen och därmed omfattningen av överlåten hemsjukvård ser emellertid olika ut över landet.

### **Region och landsting**

I denna skrift används både region och landsting för att beskriva de regionala självstyrande enheterna som ansvarar för vissa bestämda samhällsuppgifter inom ett län, i första hand hälso- och sjukvård, lokaltrafik och regional utveckling.

### **Socialtjänst**

Med begreppet socialtjänst menas i denna skrift den kommunala förvaltning som lyder under varje kommuns socialnämnd och som svarar för det politiska och praktiska arbete som regleras av socialtjänstlagen.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlag (2001:453)

<sup>2</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

<sup>3</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>4</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

## **Öppenvård**

Med den öppna vården menas i denna skrift all form av hälso- och sjukvård som utförs utanför slutenvården. Alltså omfattas både primärvård och specialiserad öppenvård.

## Innehåll

<b>Vad gäller enligt lagen om samverkan vid utskrivning?.....</b>	<b>7</b>
Planering för utskrivning ska börja redan vid inskrivning .....	7
Den nya lagen ställer krav på proaktivitet och flexibilitet .....	7
Översikt över utskrivningsprocessen enligt nya lagen .....	8
SIP ska användas för samverkan .....	9
<b>Vad krävs för att uppnå en god samverkan inom och mellan organisationer? .....</b>	<b>11</b>
En etablerad struktur på flera nivåer .....	11
Förståelse för varandra – exempel på skillnader som påverkar samverkan .....	14
<b>Hur kan vi hantera svåra frågor? – konkreta tips för samverkan i komplexa situationer .....</b>	<b>17</b>
Vad är en svår fråga? .....	17
Hur komplex blir samordningen? .....	17
Hur kan vi hantera svåra frågor? .....	18
Exempel – 16 svåra frågor och konkreta tips för samverkan.....	20
<b>Var kan jag läsa mer? .....</b>	<b>50</b>
<b>Bilaga 1: Om lagen om samverkan vid utskrivning .....</b>	<b>51</b>
<b>Bilaga 2: Om Samordnad Individuell Plan (SIP).....</b>	<b>59</b>
<b>Bilaga 3: Om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>60</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>62</b>

## Vad gäller enligt lagen om samverkan vid utskrivning?

### **Planering för utskrivning ska börja redan vid inskrivning**

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018 (undantag för psykiatrin som trädde i kraft 1 jan 2019). Målet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av sluten vård så snart som möjligt ska kunna skrivas ut på ett tryggt sätt. Om en person har behov av insatser efter utskrivning förutsätter det att planering inför utskrivning påbörjas i god tid. Vid tidig planering ges förutsättningar för personen att lämna slutenvården när hen bedöms vara utskrivningsklar. I praktiken innebär detta att planering för utskrivning ska påbörjas hos samtliga aktörer från det att de tar emot ett inskrivningsmeddelande.

Att samtliga parter finns med tidigt i processen är särskilt viktigt i de fall som rör personer med en komplex situation och problematik, särskilt när individens egen förmåga är begränsad. Ytterligare fall där alla parter ska vara med tidigt i planeringen är exempelvis när boendesituationen behöver ses över eller när hjälpmedel behöver finnas på plats.

### **Den nya lagen ställer krav på proaktivitet och flexibilitet**

För både den somatiska vården och den psykiatriska vården innebär den nya lagstiftningen att den landstingsfinansierade öppenvården får en ny, mer involverad roll än tidigare. I och med den nya lagstiftningen ska den fasta vårdkontakten utses i den öppna vården vilket medför att den landstingsfinansierade öppenvården tar en betydligt större roll i det gemensamma arbetet. Den fasta vårdkontakten har ansvar för planering och samordning inför utskrivning. Det betyder att öppenvården behöver komma in i ett tidigare skede och arbeta mer proaktivt inför utskrivning.

Individens behov ska styra vem som är bäst att vara fast vårdkontakt. Det kan exempelvis vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, såsom en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en administratör som koordinerar vården – individens behov ska styra. För patienter med behov av även somatisk vård får primärvården en viktig roll gällande samordning av den somatiska och den psykiatriska vården. För personer med stort behov av somatisk vård kan det lämpa sig bättre att den fasta vårdkontakten utses inom exempelvis primärvården.

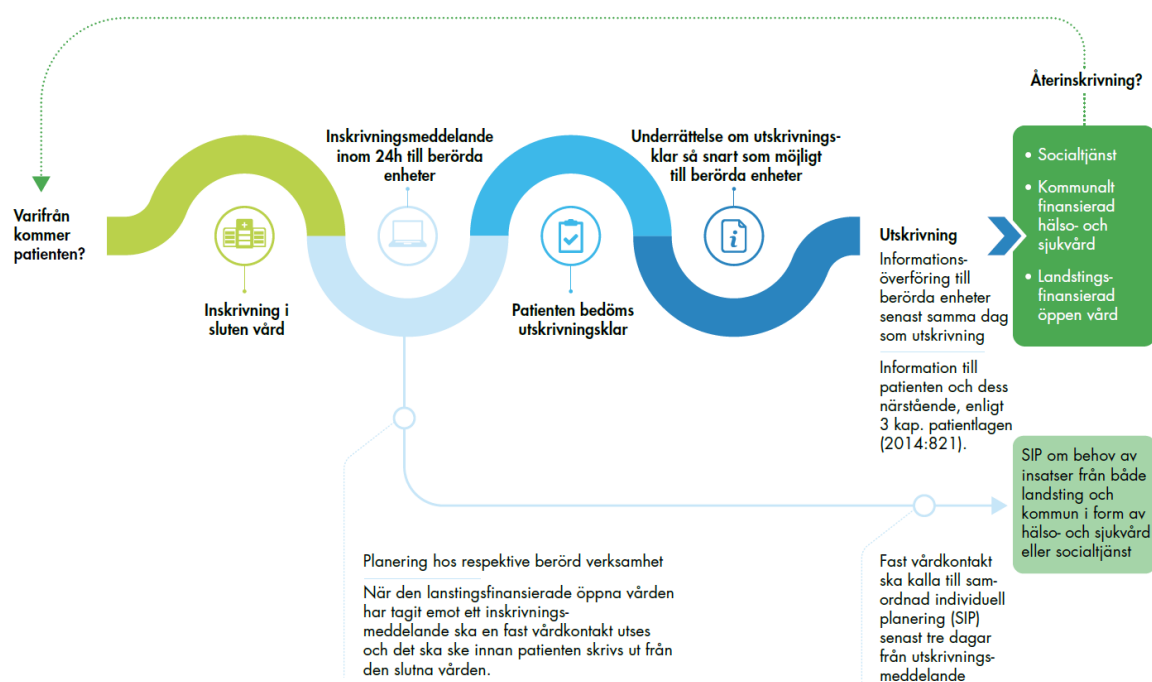
För att kunna ta emot utskrivningsklara patienter i tid från slutenvården kan socialtjänsten behöva hitta nya arbetssätt och rutiner, både internt och i samverkan med andra aktörer. Den kommunala biståndsorganisationen (äldreomsorg, missbruk, socialpsykiatri och individ- och familjeomsorg, LSS etc.) behöver organiseras så att proaktivt arbete och flexibel bedömning och uppstart

av insatser, exempelvis under helger, är möjligt. För att tidig planering ska kunna ske behöver socialtjänsten påbörja inhämtning av den information de behöver redan vid inskrivningsmeddelande. Slutenvården ansvarar för att samtycke till sådant informationsutlämnande inhämtas från individen.

## Översikt över utskrivningsprocessen enligt nya lagen

I lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ser de olika stegen i utskrivningsprocessen ut som bilden nedan visar (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). En mer detaljerad beskrivning av de olika stegen finns i bilaga 1.

Figur 1. Översikt över de olika delarna av lagen.





**För att dela sekretessbelagd information krävs samtycke från individen att en sekretessbrytande regel är tillämplig eller att en menprövning visat att uppgifterna kan lämnas ut.** Att berörda enheter kan dela information med varandra är en förutsättning för en god samverkan. För detta ska samtycke inhämtas. Om en person inte vill ge samtycke kan man behöva göra ett motivationsarbete för att individen ska förstå värdet i att alla parter samverkar. Det finns också fall där menprövning kan medge att information delas utan individens samtycke, läs mer om det i bilaga 1. En menprövning genomförs av ansvarig läkare av hänsyn till personens vård- och omsorgsbehov för att pröva om dennes personuppgifter kan röjas utan att det till men för denne eller dennes närstående-

**Vissa uppgifter i ett inskrivningsmeddelande får skickas utan samtycke eller menprövning.** Det gäller uppgifter om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning.

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

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av LPT<sup>5</sup> eller LRV<sup>6</sup>.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. (25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen, OSL)

Du kan läsa om konkreta tips avseende svåra frågor som inkluderar samtycke i kapitel 3, fråga 1–4 i denna skrift.

## **SIP ska användas för samverkan**

Det verktyg som ska användas för samordning av insatser från vård och omsorg är det som kallas Samordnad Individuell Plan (SIP). Den fasta vårdkontakten ska kalla till samordnad individuell planering, *senast tre dagar efter underrättelse om utskrivning* när det finns behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det är den fasta vårdkontakten som har tolkningsföreträde gällande kallelse till SIP i samband med utskrivning, exempelvis om inledande SIP på sjukhus är nödvändig eller ej. Dock har både region och kommun rätt att ta initiativ till SIP under övrig tid om de bedömer att en sådan plan behövs för att en person ska få sina behov tillgodosedda. Andra aktörer kan föreslå att en SIP upprättas samt delta i arbetet med planen.

<sup>5</sup> Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

<sup>6</sup> Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

En SIP ska upprättas för samordning gäller både för somatisk och psykiatrisk vård om en person efter utskrivning ska ha insatser från både landstingsfinansierad öppenvård och socialtjänst och om personen har gett sitt samtycke. Dock skiljer sig den psykiatriska vården från den somatiska gällande vilket verktyg som ska användas vid samordnad planering i *ett* särskilt fall; när personer som vårdas i psykiatri ska skrivas ut till *fortsatt tvångsvård i öppenvård*<sup>7</sup> används samordnad vårdplan (SVPL) istället för SIP.<sup>8</sup>

För mer information om lagen om samverkan vid utskrivning se bilaga 1 och för mer information om SIP se bilaga 2.

---

<sup>7</sup> Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård (ÖRV)

<sup>8</sup> Enligt 7 a § i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

## Vad krävs för att uppnå en god samverkan inom och mellan organisationer?

Samverkan och samarbete handlar om att hitta sätt för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter. Målet är att skapa en trygg, säker och smidig situation för den enskilde när denne är i behov av vård och omsorg. Ett gott samverkansarbete bidrar dessutom till mer effektiv användning av samhällets resurser.

Informationsdelning är en förutsättning för att kunna samverka effektivt. Det innebär att personal behöver ha kunskaper om både det regelverk som gäller och kompetens att kunna motivera individen att ge sitt samtycke. Du kan läsa om konkreta tips avseende sekretess och samtycke i kapitel 3, fråga 1 – 4 i denna skrift.

### En etablerad struktur på flera nivåer

För att samverkan ska fungera behövs en struktur där man behandlar frågor som rör samarbete mellan region och kommuner. Kvinnor och mäns olika förutsättningar och behov ska tydliggöras och beaktas på alla nivåer. Exakt hur en sådan struktur bör se ut kan skilja sig mellan regioner utifrån specifika förutsättningar men det är ofta nödvändigt att arbete sker på tre nivåer:

### Övergripande organisatorisk nivå

**Ta fram formella överenskommelser och riktlinjer för samverkan.** I de fall det finns behov av att utveckla, förtydliga eller revidera överenskommelser eller riktlinjer så bör detta göras av högsta ansvariga för respektive part.

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska kommuner och regioner ingå övergripande, formaliserade överenskommelser för samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med substansbruks och beroende samt kring barn och unga placerade utanför hemmet.

### Verksamhetsnivå

**Utforma lokala arbetssätt, hantera svåra ärendetyper och följa upp hur samverkan fungerar för de människor man samverkar kring.** På denna nivå möts chefsnivåer i regional och kommunal verksamhet, exempelvis enhetschefer och verksamhetschefer. Behöver man samfinansiera eller dela kostnader bör man även beakta att varje verksamhet har sitt eget system för att diskutera/ avgöra ärenden och fatta beslut, i synnerhet gällande finansiering. Man bör även beakta vikten av det medicinska perspektivet, då medicinsk kompetens/läkares medverkan behövs för att organisera arbetssätten på ett patientsäkert vis.

## Individnivå

**Bygga upp samverkan kring den enskilda individen.** På denna nivå möts de som arbetar med att vårda och stödja individen, exempelvis vårdpersonal och handläggare. Här möts även de enhets- och verksamhetschefer som, även om de inte arbetar direkt med individen, arbetar nära individen utifrån att de innehar budget- och resultatansvar för verksamheterna individen möter. Man kan även ta de närståendes perspektiv i beaktning, samt tänka på hur man kan använda deras delaktighet till individens fördel – givet att denne har samtyckt till att de närstående blandas in.

### Kommunikation är en nyckelfaktor

För att få samarbetet att fungera både på system- och individnivå är kommunikationen mellan alla involverade parter mycket viktig. Det finns alltid en sändare och en mottagare. Hur kommunikationen ska ske mellan dem måste vara tydligt. Det kräver klargjorda roller, fördelning och rutiner. Det kan röra sig om till exempel:

- Vilka informationskanaler ska användas? Via exempelvis IT-system, telefon eller e-post?
- Hur sker bekräftelse mellan sändare och mottagare? Kvitto?
- Vem ska ta kontakt, och när ska det ske?
- Hur sker uppföljning och när?
- Vad gör man om man inte får kontakt? Vilka alternativa kommunikationsvägar finns?

Rutiner, roller och ansvar som rör kommunikation i samarbete och samverkan behöver arbetas fram av dem som genomför det operativa arbetet på respektive nivå.

Nedan finns en checklista med exempel på en struktur för delning av information med andra parter under planering av fortsatt vård och omsorg. Den är tänkt att fungera som stöd till personal inom vård och omsorg i planeringsprocessen och syftar till att säkerställa relevant informationsöverföring mellan olika verksamheter. Tänk dock på att alltid anpassa informationen utifrån den aktuella individens unika behov.

#### **Checklista vid kontakt med andra berörda enheter för planering**

Observera att denna checklista inte bör användas vid en orosanmälan.  
Observera att det i de flesta fall krävs samtycke för informationsdelning.  
Läs mer i kapitel 1 och kapitel 3 fråga 1–4.

#### ***Situation – Vad är anledningen till kontakt?***

Jag kontaktar dig gällande XX (namn, personnummer)...

#### ***Bakgrund – Hur har det varit?***

Kortfattad och relevant information för att skapa en gemensam helhetsbild av personens tillstånd. Informera om personens/barnets livssituation, tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Ge även en kort rapport av aktuella problem och behandlingar.

*Exempel på information som kan delas:*

- Andra vårdkontakter
- Boendesituation
- Kommunikation/tolkbehov
- Kost, allergier
- Resurser och förmågor
- Sambo, vårdnadshavare, barn, syskon, närstående/andra viktiga personer
- Husdjur
- Social bakgrund
- Somatiska och/eller psykiatriska diagnoser
- Sysselsättning/skolgång
- Tidigare farligt beteende/tillstånd mot sig själv eller andra
- Förekomst av beroendeproblematik eller våld i nära relation
- Övrig relevant information

#### ***Aktuellt tillstånd – Hur är situationen nu?***

Rapportera om genomförda bedömningar, behov, ändringar i behandling osv.

*Exempel på information som kan delas:*

- Aktuell vård- och omvårdnadsplan SIP (SVPL om ÖPT/ÖRV<sup>9</sup>)
- Ekonomisk situation
- Funktionsbedömning, (exempelvis ADL-bedömning)
- Hjälpbehov
- Läkemedel
- Orientering (tid, rum, person och situation) stämningsläge
- Psykisk och somatisk status
- Riskbedömningar – farligt beteende/tillstånd mot sig själv eller andra, suicidrisk, fallrisk, beroendeproblematik, våld i nära relation etc.
- Sambo, vårdnadshavare, barn, syskon, närstående/andra viktiga personer
- Smitta
- Uppföljning
- Vad personen tycker om, blir lugn av, styrkor och tillgångar osv.
- Övrig information av relevans

#### **I fall som berör barn och ungdomar ställs särskilda krav på samverkan**

- I ärenden som rör ett barn eller en ungdom eller där barn på något sätt berörs av ärenden ställs särskilda krav på att involverade aktörer tar hänsyn till deras förutsättningar och behov.

---

<sup>9</sup> Öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård

- Vid bedömning, planering, samordning osv. behöver samtliga aktörer förhålla sig till barnets/ungdomens ålder och mognad samt flickors och pojkars olika förutsättningar och behov.
- När det gäller vuxna som har barn/ungdom hemma bör involverade aktörer ta hänsyn till barnets/barnens situation.
- Om någon involverad aktör känner oro för ett barns/ungdoms situation i hemmet hos en vårdnadshavare eller inför utskrivning ska orosanmälan göras.
- När det gäller barn/ungdomar inskrivna i slutenvården behöver anmälan vara extra tydlig så att socialtjänsten får information om det gäller oro för barnet/ungdomens eget beteende eller vårdnadshavares förmåga att klara av/ta hand om ungdomen/barnet.

### **Utbilda medarbetare i struktur och rutiner för samverkan kontinuerligt**

Ett robust system för samverkan ska kunna upprätthålla den samverkansstruktur och samverkanskultur som ni byggt upp på respektive nivå även om medarbetare slutar och nya börjar. Kom överens om hur introduktionen av nya medarbetare ska ske i respektive organisation. Gå igenom uppdrag, roller, ansvar, rutiner. Gör studiebesök hos de ni oftast samverkar med för att skapa förståelse för, och tillit till varandra. Att få ett ansikte på de man ska samarbeta med är ofta ett väldigt bra första steg. Det gäller för alla, inte bara för nya medarbetare.

### **Förståelse för varandra – exempel på skillnader som påverkar samverkan**

En viktig aspekt i samverkan mellan huvudmän är att varje aktör tolkar den aktuella situationen utifrån från den egna yrkesgruppens och organisationens perspektiv samt olika lagrum. Det innebär att de parter som ska samverka ofta kan ha olika synsätt på vad individens behov är och hur dessa på bästa sätt tillgodoses. Med den bakgrunden kan det vara svårt att få en bra samverkan till stånd utan kunskap om, och respekt för, den andres synsätt. Att tänka på vad varje profession ska bidra med för att personen ska få bästa tänkbara vård och stöd är ett bra tips. När flera aktörer samverkar framgångsrikt kan man se individen ur olika synvinklar, och chansen ökar att alla behov synliggörs och individens styrkor uppmärksammas. Ett tips är gemensamma utbildningar där företrädare för de olika aktörerna hör samma sak samtidigt, gärna i workshopform. Det är viktigt att den enskildes vilja/behov står i centrum för samverkan.

Yrkesroller samt vilket mandat och ansvar som förknippas med dessa kan variera mellan olika kommuner och regioner. Det är därför nödvändigt att identifiera och diskutera vad som gäller i den egna kommunen och den egna regionen.

Inom hälso- och sjukvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, präglas kulturen av att professionen har ett individuellt ansvar utifrån sin legitimation. Det ger personalen både en rätt och en skyldighet att fatta beslut. Vidare ska man utifrån sin profession prioritera mellan olika behovande enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det kan skapa ett visst förhållningssätt till vilka behov som finns och vilka insatser som behövs.

Inom socialtjänsten, vilket inte inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården, präglas man istället av att grunduppdraget bygger på ett politiskt ansvar som sträcker sig ner på individnivå. Snarare än att professionen bestämmer, så är det i många fall socialnämnden som fattar ett politiskt beslut. Till skillnad från i hälso- och sjukvården så prioriterar man heller inte mellan olika behov, utan samtliga som har rätt till insatser och stöd ska få det. Behovsunderlaget är en viktig del i beslutsfattandet av insatser. De som inte får de insatser de ansökt om ska få ett avslagsbeslut som kan prövas i domstol.

En ytterligare aspekt är att socialtjänsten organiseras i en eller flera olika förvaltningar. För att säkerställa rättssäker hantering av ärenden finns också en uppdelning mellan en myndighets- och utförarorganisation. Även om dessa delar av organisationen ofta samarbetar är det myndighetsorganisationen som ansvarar för resurser och fattar beslut om insatser ska utökas eller inte.

Mellan socialtjänstens organisationer råder också viss sekretess; exempelvis får myndighetsorganisationen normalt sett inte läsa utförarorganisationens journalanteckningar.<sup>10</sup> Utöver det kan enheter som erbjuder olika insatser vara organiserade i olika förvaltningar: boende och boendestöd kan exempelvis ligga under en förvaltning, medan missbruks- och beroendevården och försörjningsstödsenheten kan ligga under en annan. Mellan dessa råder då också sekretess. Av det skälet finns utmaningar kring informationsspridning inom socialtjänsten – alla berörda enheter i socialtjänsten får inte alltid reda på vad hälso- och sjukvården informerat en viss enhet om.

Den som kontaktar socialtjänsten behöver veta vilka behov av stöd samt pågående insatser personen har så att man kan säkerställa att rätt information når rätt verksamhet samt att rätt personer medverkar vid en SIP eller SVPL.

I nedanstående ruta sammanfattas kort de huvudsakliga skillnaderna, en sammanfattning som kan vara värd att påminna sig om i olika samverkanssituationer.

---

<sup>10</sup> Det finns dock undantag i form av exempelvis läsning av varandras journaler på vissa barn- och ungdomsenheter. Ibland är det också samma person som både sköter utredningen före ett beslut samt sköter insatserna efteråt.

## Hälso- och sjukvård och socialtjänst – skillnader i både förutsättningar och uppdrag

### **Beslutsmandat och beslutsvägar ser olika ut**

- Legitimerad personal i både regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård kan ta direktbeslut och prioritera mellan olika individers vårdbehov.
- Kommunens beslutsvägar i övrigt (avseende annat än kommunal hälso- och sjukvård) utgår ifrån en delegationsordning som är fastställd av politikerna. Vissa beslut kan tas direkt av handläggare och chefer men andra måste tas politiskt i socialnämnden. Detta gör att beslutsprocessen kan ta längre tid.

### **Prioriteringar styr i hälso- och sjukvården, rättigheter styr i socialtjänsten**

- Behovet av vård, inom ramen för tillgängliga resurser ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. Det innebär att hälso- och sjukvården ibland behöver göra prioriteringar mellan två patienter där den som har det mest akuta behovet av vård ska ges företräde (Prop 1996/97:60). Detta kan exempelvis innebära att datumet för utskrivning förändras om en patients behov prioriteras framför en annans.
- Kommuner har inte möjlighet att prioritera mellan olika behov – alla som vill har rätt att få en ansökan om insatser prövad. De som inte får de insatser de ansökt om ska få ett avslagsbeslut som kan prövas i domstol.

Sammanfattningsvis innebär detta att det behövs både organisatoriska förutsättningar, struktur och ett aktivt gemensamt arbete för att bygga tillit och förtroende mellan huvudmän, enheter och individuella ansvariga. Oavsett hur de organisationsmässiga uppdelningarna ser ut så måste aktörer med olika arbets- kulturer, arbetssätt, ansvar och budgetar kunna samverka. Detta gäller även verksamheter inom samma huvudman, såsom slutenvård och öppenvård och olika verksamheter inom socialtjänst.

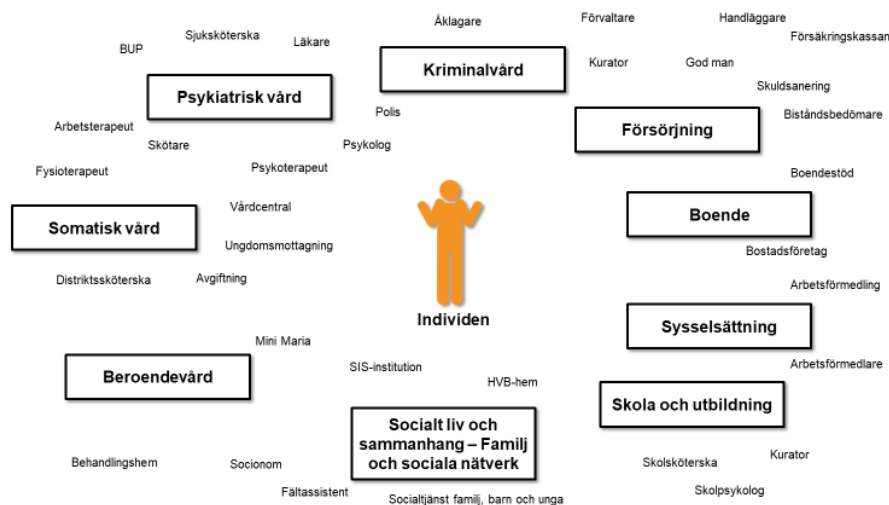


## Hur kan vi hantera svåra frågor? – konkreta tips för samverkan i komplexa situationer

### Vad är en svår fråga?

Med svåra frågor menar vi frågor som uppstår i komplexa situationer, där man behöver vara särskilt väl förberedd och arbeta tätt tillsammans med andra aktörer för att stötta en individ och se till att denne får den omsorg och vård som hen behöver. De svåra frågorna dyker ofta upp i samband med vård och omsorg av individer som har behov av insatser från många olika delar av det komplexa vård- och omsorgssystemet, vilket kan göra det svårt att veta vad och hur man ska göra. Det är i sådana situationer som vår samverkan sätts på prov och där det visar sig hur välfungerande våra strukturer faktiskt är – att de kan hantera de komplexa situationerna på ett sätt som är bra hjälpa individen.

Figur 2. Illustration av individen och möjliga involverade aktörer från olika delar av systemet



### Hur komplex blir samordningen?

Utskrivningar från den slutna psykiatriska vården kan ge upphov till komplexa samordningssituationer. För att på bästa sätt tillgodose individens behov, följa lagstiftningen och fullgöra sitt uppdrag behöver man ta hänsyn till flera olika perspektiv och anpassa stödet utifrån hur situationen i det enskilda ärendet ser ut, och gärna göra det på ett så tidigt plan som praktiskt möjligt.

Överenskommelser, rutiner och riktlinjer ska ligga till grund för att understödja arbetet, men samtidigt är det avgörande att göra en individuell bedömning av

komplexitetsgraden i det enskilda fallet. Frågan ”**Hur många insatser behöver samordnas och hur många aktörer är berörda?**” behöver besvaras.

För att skapa sig en helhetsbild av behovet av samordning behöver även individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg vägas in. Med andra ord, den hjälp och det stöd individen behöver av vården och omsorgen för att driva vård- och omsorgsprocessen framåt. Det handlar till exempel om att kunna ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, att vara bärare av information samt att ta hand om delar av utförandet på egen hand. I de fallen individen har en låg förmåga att vara delaktig, exempelvis på grund av en kognitivt nedsatt förmåga, så ökar kravet på samordning mellan olika aktörer för att personen inte ska falla mellan stolarna. (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016)

### **Komplexa situationer med behov av samordning**

#### **Exempel:**

Ett tydligt tecken på att det behövs samordning är att en person har sociala insatser från kommunen, men inte kan utnyttja dessa om hen inte samtidigt får medicinska re-/habiliteringsinsatser eller vice versa. Den situationen är till exempel vanlig för personer med psykiska funktionsnedsättningar och samtidigt substansbruk. Det finns vetenskapligt stöd för att resultatet blir bättre om insatser för att minska substansbrukssyndromet och insatser för att lindra det psykiska funktionshindret sätts in samtidigt och samordnat. Samma bedömning kan göras kring äldre med demenssjukdom, som samtidigt har somatiska sjukdomar, och barn/ungdomar som har en omfattande social problematik med samtidig psykisk ohälsa/sjukdom.

Men det är inte bara i dessa mer uppenbara situationer som behovet av samordning kan finnas, det kan gälla närhelst det kommer fram att personen har behov av insatser från en annan huvudman som han eller hon inte kan kommunicera med helt på egen hand. Det kan också vara när nuvarande behov inte är särskilt svåra att samordna, men där man kan se en potentiell risk för komplikationer, försämrat hälsotillstånd eller uteblivna effekter av vård eller omsorg om inte vissa förebyggande insatser ges. Det kan i dessa fall vara svårt att komma överens om dels huruvida risken är så stor att förebyggande åtgärder behöver tas, och dels om vems ansvar det i så fall är. Samordning kan också krävas internt hos den egna huvudmannen, inte nödvändigtvis bara mellan olika huvudmän.

### **Hur kan vi hantera svåra frågor?**

När svåra frågor uppstår i en komplex situation är det viktigt att inte backa undan och ignorera den svåra frågan på grund av osäkerhet om hur den ska

hanteras. För att den enskilda medarbetaren närmast i vardagssituationen ska kunna stå kvar måste hen veta att det finns uppbackning från chef. Det krävs tydliga mandat i hela linjen för att sätta individens bästa i centrum.

Utifrån att det saknas enkla svar kommer man behöva planera, genomföra, utvärdera och lära sig tillsammans. Att arbeta upp goda relationer över tid är en viktig förutsättning för en god och framgångsrik samverkan kring en individ.

## Exempel – 16 svåra frågor och konkreta tips för samverkan



1. Hur kan man hantera när en person inte ger sitt samtycke till att slutenvården delar information med öppenvård och kommun?



2. Hur kan man hantera att en person inte vill ta emot hjälp efter utskrivning?



3. Hur kan man hantera att en person inte samtycker till att kalla till SIP?



4. Hur kan man hantera att en person inte vill att man informerar eller involverar närstående?



5. Vem avgör vad personen har för behov av vård och omsorg?



6. Hur kan man hantera risk för återinsjuknande, självskada och våld mot andra vid utskrivning?



7. Hur kan man planera kring risk för försämring, återinsjuknande och utebliven förbättring?



8. Vad är bra att tänka på när en person också har behov av somatisk vård? (över 18 år)



9. Vad är bra att tänka på när ett barn/ungdom också har behov av somatisk vård? (under 18 år)



**10. Vad är bra att tänka på när en person har vårdats väldigt länge eller har haft många återinläggningar?**



**11. Vad är bra att tänka på när en person som vårdas under tvång ska skrivas ut från slutna psykiatrisk vård?**



**12. Hur kan man agera när en person som är bostadslös eller har en osäker boendesituation ska skrivas ut?**



**13. Hur kan man hantera att en person inte vill bo där den blir anvisad?**



**14. Vad är bra att tänka på om en person som bor i kommunalt boende behöver förändringar i boendet inför utskrivning? (över 18 år)**



**15. Vad är bra att tänka på om en person behöver en ny boendeform efter utskrivning? (över 18 år)**



**16. Vad är bra att tänka på om ett barn/en ungdom behöver en ny boendeform efter utskrivning? (under 18 år)**

För samordning av insatser används med fördel SIP. Målen i en SIP bör vara konkreta och tidsatta så att de kan följas upp. En plan för när uppföljning och eventuell revidering av SIP:en sker bör också finnas med. Upptäcker någon aktör att den plan som överenskommit i SIP-mötet inte följs bör en uppföljnings-SIP initieras så snart som möjligt.

Observera: för delning av information om individen mellan aktörer krävs oftast samtycke. Läs mer i kapitel 1 och i detta kapitel; fråga 1 – 4.

## 1. Hur kan man hantera när en person inte ger sitt samtycke till att slutenvården delar information med öppenvård och kommun?



### Beskrivning av svår fråga

- Att dela information mellan berörda aktörer är en förutsättning för effektiv samverkan om individen har behov av insatser efter utskrivning. För att dela information krävs i de flesta fall samtycke (läs mer i kapitel 1).
- Individen kan välja att inte samtycka till delning av information till öppenvård, socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård om sina behov av vård, stöd eller omsorg.
- Individen kan även välja att samtycka till vissa delar och aspekter, men inte andra. Exempelvis om individen bara vill dela information med öppenvården, men inte kommunen.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Om en person inte ger samtycke till informationsöverföring, men bedöms vara i behov av insatser efter utskrivning, ska slutenvården ändå skicka ett inskrivningsmeddelande till den landstingsfinansierade öppenvården, kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I sådana fall får meddelandet endast innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning.
- Slutenvården ska också via inskrivningsmeddelandet informera den landstingsfinansierade öppenvården, kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten att patienten inte har givit sitt samtycke.
- Inskrivningsmeddelandet till berörda mottagare är startskottet för att varje aktör ska påbörja den egna planeringen för individens framtida vård och omsorg efter en framtida utskrivning.
- Ingen övrig information om individens behov av vård, omsorg och stöd får utbytas mellan berörda parter såvida det inte finns ett samtycke från den enskilde, en särskild sekretessbrytande bestämmelse är tillämplig eller att en menprövning enligt tillämplig sekretessbestämmelse ger vid handen att uppgifterna kan lämnas ut.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Det är viktigt att berätta för individen att vården och omsorgen lättare kan samordnas för individens bästa om aktörerna får överföra information mellan sig, men det är också viktigt att berätta att det inte förändrar personens rätt att få vård- och omsorgsinsatser.
- Varje berörd myndighet/aktör ska inhämta patientens samtycke och det är den myndighet/aktör som har de sekretesskyddade uppgifterna som måste göra en prövning om huruvida uppgifterna kan lämnas ut.
- Det är viktigt att förbereda personen på samtyckesfrågan i god tid och i ett neutralt läge.
- Om svaret är nej kan personalen försöka motivera patienten till att ge samtycke. Man kan, utan negativa känslor, försöka förstå individens perspektiv och vad som motiverar den till att säga nej, och genom det finna argument som kan få personen att ändra uppfattning – om det är lämpligt. Man kan även erbjuda personen att vara närvarande vid, eller själv genomföra, eventuell informationsöverföring, om det skulle underlätta personens farhågor.

#### Slutenvården

- Individens ställningstagande ska respekteras och accepteras. Det är dock viktigt att individen förstår att informationsöverföring underlättar samordnad planering av dennes insatser. En kontrollfråga kan vara; förstår individen innebörden av att information inte delas och hur det påverkar möjligheterna att samverka?

#### Landstingsfinansierade öppenvården

- Planering ska påbörjas i den egna verksamheten inför utskrivning, även om information inte får delas med andra verksamheter.
- Inskrivningsmeddelandet är startskottet för att påbörja den egna planeringen. Man får utgå ifrån den information som man har; om individen sedan tidigare är känd i verksamheten kan man planera utifrån det man vet. Det är viktigt att ta reda på vilka kommunikationsvägar och -kanaler man har internt. Man bör även ta kontakt med patienten och fråga vad hen vill ha eller har behov av för insatser.

### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (utifrån lokal arbetsfördelning)**

- Planeringen ska påbörjas i den egna verksamheten inför utskrivning även om information inte får delas med andra verksamheter.
- Inskrivningsmeddelandet är startskottet för att påbörja den egna planeringen. Man får utgå ifrån den information som man har; om individen sedan tidigare är känd i verksamheten kan man planera utifrån det man vet. Det är viktigt att ta reda på vilka kommunikationsvägar och -kanaler man har internt. Man bör även ta kontakt med individen och fråga vad hen vill ha eller har behov av för insatser.

## **2. Hur kan man hantera att en person inte vill ta emot hjälp efter utskrivning?**



### **Beskrivning av svår fråga**

- Vården och omsorgen kan göra bedömningen att en person har behov av insatser efter utskrivning, men individen kan uppge att hen inte vill ta emot hjälp.
- Förutom i fall med tvångsvård är vård och omsorg frivilligt. En person som inte vill ta emot hjälp har därför rätten att avsäga sig det.
- I vissa fall kan närståendes ovilja till att ta emot hjälp påverka personen till att säga nej, vilket är något man får ta i beaktning. Detta är särskilt viktigt att vara uppmärksam på gällande barn. Vid oro har man anmälningsskyldighet.

### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Slutenvården ansvarar för att undersöka hur personen ställer sig till att ta emot hjälp efter utskrivning. Det bör inkludera motiverande arbete, såsom att beskriva vilka typer av vård och stöd som personen kan få efter utskrivning och hur dessa är organiserade. Den landstingsfinansierade öppenvården, kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör också bistå i det motiverande arbetet. **Det är viktigt att informera sig om vilka stödinsatser som skulle kunna vara tillgängliga, så att man inte lovar något som personen inte har rätt till.**



## Tips/tänk på att...

### Samtliga aktörer

- Förstå individens perspektiv, och vad som motiverar hen till att säga nej. Har personen haft dåliga erfarenheter i vården eller med socialtjänsten tidigare? Har personen några andra skäl att inte vilja ta emot hjälp?
- Det kan vara en god idé att personen får träffa de/den som ska utföra stödet efter utskrivning då det kan hjälpa personen att känna tillit för de inblandade aktörerna. Det kan göras genom besök under den tid som personen befinner sig i slutenvården. För de som är tveksamma till besök kan det vara en god start att personen får träffa endast en eller två personer som försöker skapa en tillit och sedan hjälpa utifrån de behov som finns.
- Ibland måste en individ skrivas ut trots att hen inte vill ta emot insatser. Det är viktigt att socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade öppenvården då inte släpper taget om denne utan fortsätter att följa upp och motivera individen till att ta emot vård och stöd även efter utskrivning. Man kan undersöka om det finns någon specifik hjälp som individen vill ha, och man bör se om det går att tillmötesgå även om det inte är det som professionen anser att personen behöver mest. Det kan ibland bli enklare att få medgivande från personen för bredare insatser om personen får möjligheten att först bestämma själv vad den vill ha.
- Man kan även undersöka om personen själv egentligen skulle vilja ta emot hjälp, men att närstående säger nej. Då får man inrikta sig på dem, och förklara för dem varför hjälp skulle vara i personens intresse.

### Slutenvården

- Även om personen inte vill ta emot insatser kanske personen går med på att någon från socialtjänsten och/eller den landstingsfinansierade öppenvården kommer upp till avdelningen och ger information om vilken hjälp som personen skulle kunna få.
- Om personen inte vill ta emot hjälp kan det vara till hjälp att involvera närstående, eller om verksamheten har en ”peer”-support eller en brukarsamordnare.

### Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (utifrån lokal arbetsfördelning)

- Socialtjänsten har ett uppsökande ansvar även om personen inte vill ta emot insatser. Om möjligt kan man hänvisa personen till en öppen verksamhet, såsom ett allaktivitetshus eller ett Fontänhus, för att motivera personen till att ta emot hjälp och stöd. Man bör även fortsätta bedriva ett

motivationsarbete, dock med respekt för personens integritet och självbestämmande.

### 3. Hur kan man hantera att en person inte samtycker till att kalla till SIP?



#### Beskrivning av svår fråga

- För att kalla till SIP krävs individens samtycke, (eller vårdnadshavares samtycke om barnet/ungdomen inte anses tillräckligt gammal för att själv ta ett beslut.) Samtycke ska inhämtas redan när arbetet med SIP påbörjas. I de fall individen inte samtycker kan samordning av individens insatser med hjälp av SIP inte genomföras.

#### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården ska samarbeta med den fasta vårdkontakten kring planering och samordning. Om slutenvården bedömer att det kan finnas behov av inledande SIP på sjukhus ska detta kommuniceras till den fasta vårdkontakten.
- Den fasta vårdkontakten inom den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för att inhämta samtycke och kalla till SIP, antingen på sjukhus eller efter individen har lämnat slutenvården.
- Den fasta vårdkontakten ansvarar också för att vid SIP-mötets start på nytt inhämta ett samtycke från individen, trots att detta inte alltid är nödvändigt.

#### Tips/tänk på att...

##### Samtliga aktörer

- Även om personen inte ger sitt samtycke till att en SIP upprättas så kanske personen ändå vill ta emot insatser från både den landstingsfinansierade öppenvården, socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso-sjukvården .
- SIP är ett rekommenderat verktyg för samverkan men det är också möjligt att samordna insatser på andra sätt. Det kan exempelvis vara så att individen vill att aktörerna samordnar sina insatser men utan att alla ses för ett möte. Tänk dock på att informationsöverföring mellan berörda aktörer förutsätter, med undantag för själva inskrivningsmedlandet, antingen den enskildes samtycke, en särskild sekretessbrytande regel eller en menprövning som resulterat i att sekretess inte föreligger.

### **Slutenvården**

- Om individen väljer att inte ge sitt samtycke under sin vistelse i slutenvården bör personalen försäkra sig om att individen förstår vad det innebär om man inte gör en SIP, och vilken påverkan detta får på möjligheterna att samverka och anpassa vård och omsorg till den enskildes individuella behov och preferenser.

### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Även om personen inte ger sitt samtycke till att upprätta en SIP i utskrivningsplaneringen så kanske personen ändrar sig efter utskrivningen. Ett fortsatt motivationsarbete är viktigt.
- Den fasta vårdkontakten kan följa upp personens beslut och försöka motivera personen till att samtycka till SIP på nytt. Det är viktigt att personen förstår innebörden av att SIP inte genomförs och vilken påverkan detta får på möjligheterna att samverka och anpassa vård och omsorg till personens individuella behov och preferenser.

### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (utifrån lokal arbetsfördelning)**

- Efter utskrivning är det inget som hindrar att socialtjänsten och/eller kommunal hälso- och sjukvård tar initiativ till att upprätta en SIP och kallar till en sådan under förutsättning att personen har givit sitt samtycke. Försök motivera individen till att samtycka till SIP om det finns ett stort behov av samordning.

## **4. Hur kan man hantera att en person inte vill att man informerar eller involverar närstående?**



### **Beskrivning av svår fråga**

- Har en person tydligt uttryckt att information inte ska lämnas till närstående ska detta respekteras och vård och omsorg får då ges utan de närståendes vetskap eller inblandning.
- Även om det är osäkert om uppgifter om personen kan lämnas ut kan det vara bra att lyssna på närstående och ta del av den information de kan bidra med.

### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Samtliga aktörer ska respektera individens önskemål gällande sekretess.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Försök förstå personens perspektiv, och vad som motiverar hen till att inte vilja informera närstående. Vad har personen för relation till sina närstående? Har personen något specifikt skäl till att vilja undanhålla informationen från dem? Kan det finnas någon specifik närstående som har bättre kontakt med personen, och vars inblandning personen kan acceptera?
- Om det fortfarande anses lämpligt att informera eller involvera närstående kan man motivera personen till att godkänna detta. Belys då fördelarna med att närstående är informerade/involverade i personens vård och omsorg, exempelvis som stöd.
- Även om personen inte vill att närstående involveras kan det vara så att de närstående behöver ha kontakt med någon för stöd, vilket man kan ansöka om i kommunen. En lösning kan då vara att personal som inte har kontakt med personen sköter stödkontakten med de närstående. Det är viktigt att kontakten/stödet/samtalen till närstående sker på sådant sätt att sekretessen inte röjs.
- Personen kan inte förbjuda någon av aktörerna från att lyssna på vad en anhörig har att säga.

## 5. Vem avgör vad personen har för behov av vård och omsorg?



### Beskrivning av svår fråga

- Utgångsläget är att individen själv ska bedöma vad hen klarar eller inte klarar efter utskrivning. Olika aktörer kan stödja individen i den bedömningen genom att erbjuda information om tillgängliga insatser. Individens delaktighet och inflytande är viktiga, men individen kan behöva stöd för att formulera behov av hjälp.
- I vissa fall krävs dock att en bedömning görs av slutenvården, den landstingsfinansierade öppenvården, socialtjänsten och/eller den kommunala hälso- och sjukvården av vilka insatser som kan vara aktuella för individen. En sådan bedömning ska göras utifrån en helhetssyn på bland annat personens kapacitet, behov, prioriteringar och miljön som individen vistas i. Då behöver man utgå ifrån flera olika kunskapsperspektiv, fast än respektive organisation fattar sina egna beslut i slutändan. I arbetet med behovsbedömningar ska personen själv ge samtycke för informationsinhämtning, informationsdelning och SIP och själv delta i samordningen i den mån det är möjligt.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Samtliga aktörer har olika uppdrag och kunskap, och gör sina respektive bedömningar utifrån det.
- Slutenvården ansvarar för att göra relevanta bedömningar av patientens medicinska status och funktions- och aktivitetsförmåga och förmedla dessa bedömningar till den landstingsfinansierade öppenvården och socialtjänsten och/eller den kommunala hälso- och sjukvården.
- Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för att inhämta den information som krävs för att planera fortsatt vård från socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården.
- Socialtjänsten och/eller den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för att inhämta den information som krävs från individen själv, slutenvården och den landstingsfinansierade öppenvården för att kunna genomföra en utredning och/eller bedömning. Utifrån information från slutenvården gör kommunens handläggare en utredning/bedömning och fattar beslut om insatser.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Involvera individen i alla diskussioner kring dennes behov.
- Ställ frågan: ”Vad är din bedömning att du själv klarar av?” Så långt som möjligt bör man låta individen själv bedöma sin egen förmåga. Om personen inte kan uttrycka sin egen vilja kanske hen har någon som företräder sina intressen, såsom en förvaltare, god man eller närstående? Även biståndshandläggare bör finnas med i denna dialog med syfte att förändra och förbättra beslutet.
- Kom ihåg att varje aktör gör en behovsbedömning utifrån sina egna uppdrag och bedömningsgrunder. För att undvika missförstånd är det viktigt att ta reda på vilka dessa är och så långt som möjligt samarbeta för att ge så bra underlag som möjligt för bedömning. Man bör ha tillit och förtroende för varandra och inte ge sig själv tolkningsföreträde. Det kan vara lämpligt att ställa öppna frågor snarare än att komma med egna förslag inom den andres uppdrag/expertkunskap. Undvik prestige och låsningar för att någon annan har klampat in på ditt område. För individens skull; försök förstå vad informationen kan ha för nytta för dig och fråga vidare.
- Undvik diskussioner om kostnader/samfinansiering eller vad man anser att någon annan aktör ska göra eller har ansvar för när individen, dennes närstående eller övriga SIP-deltagare är närvarande. Man behöver tydligt trycka på att varje verksamhet talar utifrån sitt perspektiv och sina möjligheter, vilket inte bara gäller på SIP-mötet utan också inför andra

möten och när man informerar om vad andra aktörer kan göra eller inte kan göra.

### **Slutenvården**

- Dela genomförd medicinsk bedömning, funktions- och aktivitetsbedömning samt annan relevant information med den landstingsfinansierade öppenvården, socialtjänsten och/eller den kommunala hälso- och sjukvården. Informationsöverföringen förutsätter samtycke, tillämplig sekretessbrytande regel eller menprövning. Underlaget bör tydliggöra konsekvenserna av vad individen klarar av så att andra aktörer kan utforma insatser efter behov. Slutenvården kan inte heller lova eller ställa krav på att individen ska få en viss insats av kommunen.

### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Dela relevant information – vilket inkluderar det stöd man kan ge individen – med socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården så att de kan göra en utredning utifrån ett så bra underlag som möjligt.

### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (utifrån lokal arbetsfördelning)**

- Se till att inhämta den information man behöver från övriga aktörer. Ställ frågan till slutenvården: ”Vad klarar individen av er enligt er medicinska bedömning?”. Ställ frågan utifrån olika perspektiv, såsom exempelvis utifrån funktionsförmåga och kognitiv förmåga.

## **6. Hur kan man hantera risk för återinsjuknande, självskada eller våld mot andra vid utskrivning?**



### **Beskrivning av svår fråga**

- Vid utskrivning från slutna psykiatrisk vård behöver man ta hänsyn till risk på olika sätt. Vid psykiatrisk tvångsvård är det viktigt att all vistelse utanför vårdavdelningen föregås av en riskbedömning.
- Det kan finnas risk för återfall eller återinsjuknande i psykos med exempelvis vanföreställningar och bristande verklighetsförankring. Slutenvården behöver också göra bedömningar av om en individ kan bli farlig för sig själv genom exempelvis självskaðebeteende eller självmordsrisk, vilket då skulle behöva hanteras. Vid utskrivning från den rättspsykiatriska vården måste också beaktas hur samhällsskyddet kan tillgodoses. En riskbedömning behöver därför också omfatta en bedömning om personen kan utgöra en farlighet för andra eller risk för att återfalla i brott och behov av åtgärder för att motverka detta.

- Vidare kan det finnas risker för personal ur ett arbetsmiljöperspektiv som behöver bedömas.
- Vid utskrivning från slutna psykiatrisk vård blir sådana bedömningar viktiga för individen själv och för andra aktörers fortsatta arbete.

#### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården gör en medicinsk riskbedömning dels för att bedöma om personen är utskrivningsklar, dels för att kunna informera övriga aktörer om behov av insatser och stöd från vård och omsorg efter utskrivning.
- Vid utskrivning från psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård är det chefsöverläkaren som är ytterst ansvarig för att beslut om utskrivning föregås av en riskbedömning. Om risken för farlighet finns är det viktigt att det vidtas åtgärder för att motverka detta.
- Den landstingsfinansierade öppenvården delar information med slutenvården och involveras i slutenvårdens bedömning. De kan även dela information med socialtjänsten för att ge ett så bra bedömningsunderlag som möjligt.
- Socialtjänstens handläggare och/eller kommunal hälso- och sjukvård tar del av slutenvårdens riskbedömning. De gör sedan egna riskbedömningar för att på bästa sätt kunna utforma de insatser som behövs efter utskrivning.
- Samtliga involverade aktörer, såsom socialtjänstens utförarorganisation, bör också göra riskbedömningar utifrån ett arbetsmiljöperspektiv.

#### Tips/tänk på att...

##### Samtliga aktörer

- Vid en riskbedömning och farlighetsbedömning krävs att man tar hänsyn till den miljö och den vardag som individen kommer vara en del av efter utskrivning. Vilken typ av boende kommer individen hem till? Hur nära det är till personal, och när jobbar denna personal? Kan individen själv påkalla hjälp? Hur är situationen med grannarna? Finns det riskfaktorer, så kallade "triggers", i omgivningen?
- Dela relevant information med andra aktörer för att ge dem ett så bra underlag som möjligt.
- Förstå huvudmännens olika mandat och uppdrag, och sträva efter att skapa en samsyn kring hur den bedömda risken påverkar dessa. Gör en gemensam "krisplan", som innehåller överenskommelser om vem som gör vad om en riskfaktor visar sig. I "krisplanen" ingår tidiga varningstecken och det ska vara klart och tydligt vem som ska göra vad. Här ingår även anmälan till socialtjänsten avseende oro för omsorgssvikt och/eller beteende om det gäller ett barn eller en ungdom.

- Synen på en individs styrkor och svagheter skiljer sig ofta mellan olika aktörer. Man kan därför med fördel arbeta tillsammans för att skapa en sådan samsyn, exempelvis mellan socialtjänsten och vårdens olika delar. Utgå inte ifrån att de andra har samma bild och förståelse som du själv.

### **Slutenvården**

- Dela relevant information för att ge andra aktörer ett så bra underlag som möjligt.
- Tänk på att utmaningarna ofta är av annan art ute i samhället jämfört med de utmaningar personen möter under inskrivning i slutenvården. Personen kan exempelvis ha problem med att ta sin medicin, hindra impulser, hantera social interaktion, ta emot stöd, byta vanor eller skapa rutiner.
- Tänk på att det inte nödvändigtvis finns personal tillgänglig dygnet runt hos de övriga huvudmännen, exempelvis i kommunala boenden. Särskilda boenden enligt SoL, grupp- och serviceboenden enligt LSS ska dock bemannas dygnet runt.
- Glöm inte att alla insatser i kommunen bygger på frivillighet, förutom under LVU och LVM. En individ har alltså rätt att tacka nej till insatser även om behov finns.
- Om risk föreligger för att en individ kan bli farlig för sig eller andra, eller återfalla i brott är det viktigt att slutenvården ger relevant information till socialtjänsten om vari farligheten består och om vilka beslutade åtgärder som vidtagits för att motverka detta, samt hur man i samverkan kan hantera den risken.

### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Dela relevant information för att ge andra aktörer ett så bra underlag som möjligt.
- Tänk på att utmaningarna ofta är av annan art ute i samhället jämfört med de utmaningar personen möter under inskrivning i slutenvården. Patienten kan exempelvis ha problem med att ta sin medicin, hindra impulser, hantera social interaktion, ta emot stöd, byta vanor eller skapa rutiner.
- Tänk på att det inte nödvändigtvis finns personal tillgänglig dygnet runt i socialtjänstens verksamheter. Särskilda boenden (SoL), grupp- och servicebostäder enligt LSS ska dock bemannas dygnet runt.
- Glöm inte att alla insatser i kommunen bygger på frivillighet, förutom under LVU och LVM. Personen har alltså rätt att tacka nej till insatser även om behov finns.



### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (utifrån lokal arbetsfördelning)**

- Skapa sig en bild av personens omgivning och sociala miljö. Vad har personen för eventuell arbetsplats eller sysselsättning? Hur ser boendesituationen ut, finns det exempelvis grannar som kan påverkas eller ha en påverkan på individen? Har personen ett substansbrukssyndrom kring alkohol och nära till exempelvis systembolaget? Kan något av detta påverka riskbedömningen?
- Vid riskbedömning gällande arbetsmiljö får man ha förståelse för riskerna i den miljö personen befinner sig i. Undvik att bli "luttrad" av tidigare erfarenheter. Analysera var saker och ting kan gå fel. Om det finns risk bör man överväga att använda exempelvis larm eller dubbelbemanning för att undvika ensamarbete med personen. Kommunens handläggare, boendestöd och övriga inblandade personalgrupper behöver dela samma bild av behovet utifrån ett arbetsmiljö- såväl som ett individperspektiv.

## **7. Hur kan man planera kring risk för försämring, återinsjuknande och utebliven förbättring?**



### **Beskrivning av svår fråga**

- En individ kan skrivas ut från psykiatrisk slutenvård även om denne kan anses ha en hög risk för återinsjuknande i exempelvis psykossjukdom, bipolär sjukdom och substansbrukssyndrom.
- Detta kan leda till oro och stress för individen själv och för de aktörer som ska erbjuda insatser efter utskrivning.
- För att kunna upptäcka tidiga tecken på återinsjuknande och agera snabbt bör berörda aktörer tillsammans med individen ta fram ett upplägg som beskriver tecken som man bör vara uppmärksam på, samt vem som gör vad vid försämring. Ett sådant upplägg kan med fördel vara en del av personens SIP och/eller genomförandeplan.

### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Slutenvården ansvarar för den medicinska bedömningen av individen, och behöver svara på frågan om denne är i fortsatt behov av slutna psykiatrisk vård. Om ansvarig läkare bedömer att individen inte är det så ska läkaren meddela den landstingsfinansierade öppenvården, socialtjänsten samt ev. kommunal hälso- och sjukvård att individen är utskrivningsklar. Slutenvården kan för den medicinska bedömningen använda sig av relevant

information från den landstingsfinansierade öppenvården och socialtjänsten om sådan information finns.

- Den landstingsfinansierade öppenvården bör bidra med information och stödja slutenvårdens medicinska riskbedömning.
- Socialtjänsten bör bidra med information till slutenvårdens medicinska riskbedömning, exempelvis var individen bor och hur ofta hen får stöd.
- Berörda aktörer ansvarar för att samordna sina insatser så att individen får det stöd denne behöver efter utskrivning. Om det bedöms finnas en hög risk för återinsjuknande är det viktigt att det finns ett upplägg för detta så att man vet i förväg hur man ska hantera situationen. Ett sådant upplägg kan med fördel tas fram genom en SIP. Planen bör innehålla tidiga tecken att vara uppmärksam på och hur respektive aktör ska agera när sådana uppvisas.

#### **Tips/tänk på att...**

##### **Samtliga aktörer**

- I största möjliga mån bör den enskilde involveras i planeringen, och planen ska utgå ifrån dennes behov och prioriteringar.
- Varje verksamhet behöver vara medveten om tidiga tecken på återinsjuknande och informera andra aktörer vid sådana tecken. Det är väldigt viktigt att dokumentera tecken på återinsjuknande, samt att dokumentera vad man gör, vem man tar kontakt med och vad man kommer överens om. Det är särskilt viktigt att alla aktörer svarar upp och agerar enligt det man kommit överens om.
- Var vaksam under de löpande insatserna. Tecken på återinsjuknande kan visa sig på olika sätt, exempelvis genom en märkbart försämrad hälsa, en bristande hygien, avbruten medicinering eller ett förändrat förhållningssätt.
- Kommunikation och samverkan mellan enheter är kritiskt för att skapa trygghet för individen och involverad personal. Särskilt den landstingsfinansierade öppenvården och de kommunala verksamheterna behöver kunna kommunicera och samverka effektivt för att kunna agera vid tidiga tecken på försämring eller återinsjuknande. Det är även fördelaktigt om samtliga aktörer är med i planeringen från början. Det är även lämpligt att kunskapsdela och utbyta erfarenheter mellan olika enheter för att bygga tillit och förståelse för varandra.

## 8. Vad är bra att tänka på när en person också har behov av somatisk vård? (över 18 år)



### Beskrivning av svår fråga

- I de fall som en individ lider av både psykiatrisk och somatisk sjuklighet blir insatserna ofta många och vård- och omsorgssystemet kan uppfattas som komplext av både personen och av berörd personal.
- Insatser kan också behöva göras i en särskild följdordning om en person har somatiska sjukdomar som exempelvis diabetes.
- Eftersom flera verksamheter behöver samverka behöver de förstå varandras olika arbetskulturer och vilka olika bedömningar som kan göras, exempelvis om vad personen klarar av i egenvård.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Den psykiatriska slutenvården ansvarar för att ta reda på personens sjukdomshistorik och skicka inskrivningsmeddelande till berörda aktörer inom både somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård.
- Den psykiatriska slutenvården bör även vara uppmärksam på tecken på somatisk sjukdom och tillsammans med berörda aktörer planera så att individen kan få insatser för detta efter utskrivning. Om personen inte har kontakt med somatisk öppenvård sedan tidigare bör en sådan kontakt tas.
- Om personen har behov av somatisk vård efter utskrivning kan specialiserad öppenvård, primärvård och/eller hemsjukvård behöva involveras.
- Samverkan bör ske med samtliga berörda aktörer och de somatiska och psykiatriska insatserna bör samordnas genom SIP.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- I vissa fall kan en individ ha fler än en fast vårdkontakt – exempelvis en för somatisk vård och en för psykiatrisk vård. Om det finns en stor somatisk samsjuklighet lämpar det sig i vissa, men inte alla, fall bättre att den fasta vårdkontakten inom exempelvis primärvården tar samordningsansvaret. Den fasta vårdkontakten kan exempelvis vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, såsom en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en administratör som koordinerar vården – individens behov ska styra.
- Det kan finnas fall när det som är bra för det kroppsliga tillståndet inte är bra för det psykiska, och vice versa (exempelvis på grund av mediciner). Det är viktigt att undersöka detta och låta läkare kopplade till relevanta medicinska specialiteter vara med för att hitta lämpliga kompromisser för att främja både personens somatiska och psykiska hälsa.

## 9. Vad är bra att tänka på när ett barn/ungdom också har behov av somatisk vård (under 18 år)?



### Beskrivning av svår fråga

- I de fall som ett barn/ungdom lider av både psykiatrisk och somatisk sjuklighet blir insatserna ofta många och vård- och omsorgssystemet kan uppfattas som komplext av barnet/ungdomen, dess vårdnadshavare och av berörd personal.
- Insatser kan också behöva göras i en särskild följdordning om barnet/ungdomen har somatiska sjukdomar som exempelvis diabetes eller epilepsi. Det krävs då expertbedömningar för att avgöra bästa följdordning och timing av insatserna. Det är också viktigt att någon blir sammanhållande och säkerställer att insatsplaneringen utgår från följdordningen och vilken/vilka insatser som är viktigast att göra vid en viss tidpunkt.
- I avsaknad av en tydlig ansvarsfördelning och turordning riskerar vårdnadshavarna att ta på sig ansvaret att samordna insatserna, vilket inte kan eller bör krävas av dem.
- Eftersom flera verksamheter behöver samverka behöver de förstå varandras olika arbetskulturer och vilka olika bedömningar som kan göras, exempelvis vad barnet/ungdomen med stöd av vårdnadshavare klarar av i egenvård.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården ansvarar för att ta reda på barnet/ungdomens sjukdomshistorik och skicka inskrivningsmeddelande till berörda aktörer inom både somatisk, habiliterande och psykiatrisk hälso- och sjukvård.
- Slutenvården bör även vara uppmärksam på tecken på somatisk sjukdom och tillsammans med berörda aktörer planera så att barnet/ungdomen kan få insatser för detta efter utskrivning. Om personen inte har kontakt med somatisk öppenvård sedan tidigare bör en sådan kontakt tas.
- Om barnet/ungdomen har behov av somatisk vård efter utskrivning kan specialiserad öppenvård, primärvård och/eller hemsjukvård behöva involveras.
- Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för att inhämta den information som krävs från slutenvården och den landstingsfinansierade öppenvården för att kunna genomföra en utredning och/eller bedömning. Utifrån information från slutenvården gör kommunens handläggare en utredning/bedömning och beslut om vilka insatser individen har behov av.

- Boendeformer såsom korttidsboende eller placering utanför hemmet bör också informeras.
- Samverkan bör ske med samtliga berörda aktörer och de somatiska, habiliterande och psykiatriska insatserna bör samordnas genom SIP.

#### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Timing av insatser kan vara väldigt viktigt i vård av barn och unga, exempelvis om barnet har behov av en viss insats i skolmiljön som bara finns tillgänglig en gång i veckan är det viktigt att den får bli styrande och att exempelvis vårdinsatser planeras utifrån det.
- Det krävs expertbedömningar från samtliga aktörer för att definiera bästa möjliga turordning. Ställ den enkla frågan till varje expert; är det någon av era insatser som är väldigt beroende av tid? Börja med att planera den/de insatserna och planera alla övriga insatser utifrån detta (skola, socialtjänst, den landstingsfinansierade öppenvården).
- I vissa fall kan en individ ha fler än en fast vårdkontakt – exempelvis en för somatisk vård, en för habiliterande vård och en för psykiatrisk vård. Om det finns en stor somatisk samsjuklighet lämpar det sig i vissa fall bättre att den fasta vårdkontakten inom exempelvis primärvården tar samordningsansvaret.

#### Skolan

- För barn och unga är skolan en mycket viktig aktör. Övriga aktörer bör samverka med skolan för att säkerställa att barnet/ungdomen får bästa förutsättningar för sin skolgång. Försök ordna okonventionella lösningar för att barnet ska kunna behålla kontakten med skolan och sina vänner.

## 10. Vad är bra att tänka på när en person har vårdats väldigt länge eller har haft många återinläggningar?



#### Beskrivning av svår fråga

- Vissa personer, vanligast förekommande hos de med mer omfattande behov av vård och stöd, kan antingen bli kvar länge i slutenvården, eller bli återinlagda ofta.
- Det kan till exempel röra sig om personer som behöver särskilt boende efter utskrivning men har begränsat behov att själv driva samordningsprocessen och ingen som gör det åt dem. Vissa sådana situationer kan dra ut väldigt långt på tiden och vårdtiden fördröjas till och med flera år.

- En framgångsrik utskrivning eller utslussning är i dessa fall ofta kostsam både i tid och pengar och samverkan behöver ofta ske på flera nivåer samtidigt. Aktörerna måste vara medvetna om att en sådan investering lönar sig i längden – framförallt för individen som slipper onödig tid i slutenvården.

#### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården ansvarar för personens vård under vårdtiden. Slutenvården ansvarar även för att löpande informera övriga aktörer om eventuella förändringar i personens tillstånd.
- Den landstingsfinansierade öppenvården och socialtjänsten ansvarar för att tillsammans med slutenvården planera för utskrivning/utslussning.

#### Tips/tänk på att...

##### Samtliga aktörer

- I dessa komplexa fall behöver samverkan ofta ske intensivt och samlat på flera nivåer. Mer omfattande personalinsatser kan krävas som en investering.
- En samordningsgrupp med högre chefer från respektive aktör kan formars och kan ansvara för att avsätta medel för ändamålet.
- En grupp med ansvariga chefer närmare utförandet kan sedan ansvara för de praktiska aspekterna medan en arbetsgrupp som arbetar nära individen samordnar de dagliga insatserna.
- De olika aktörerna behöver komma överens om, och ha en samsyn på, att man ska göra krävande, kraftfulla insatser för att försöka etablera personen i en fungerande miljö utanför slutenvården. Man behöver skapa en samsyn om vilka dessa insatser är, och vem som ska vara ansvarig för vad.
- Man bör vara beredd på att insatserna kan komma att vara intensiva, krävande och relativt långvariga i de första stadierna. Det är möjligt att det tar en längre tid innan situationen för individen kan komma att förbättras.
- För att öka sannolikheten för framgång bör man även inkludera individen i varje steg i största möjliga mån, då sannolikheten för långsiktig framgång förhöjs kraftigt om individen själv är positivt inställd till, och delaktig i, de löpande insatserna.
- Förstå huvudmännens olika mandat och uppdrag, och sträva efter att skapa en samsyn kring hur den bedömda risken påverkar dessa. Gör en gemensam "krisplan", som innehåller överenskommelser om vem som gör vad om en riskfaktor visar sig. I "krisplanen" ingår tidiga varningstecken och det ska vara klart och tydligt vem som ska göra vad. Här ingår även anmälan till socialtjänsten avseende oro för omsorgssvikt och/eller beteende om det gäller ett barn eller en ungdom.

- Synen på en individs styrkor och svagheter skiljer sig ofta mellan olika aktörer. Man kan därför med fördel arbeta tillsammans för att skapa en sådan samsyn, exempelvis mellan socialtjänsten och vårdens olika delar. Utgå inte ifrån att de andra har samma bild och förståelse som du själv.

## 11. Vad är bra att tänka på när en person som vårdas under tvång ska skrivas ut från slutenvården?



### Beskrivning av svår fråga

- Individer som vårdas under tvångsvård (LPT) eller rättspsykiatrisk vård (LRV) kan antingen skrivas ut till frivillig vård enligt HSL eller till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid utskrivning till de två senare råder särskilda bestämmelser.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Även om man vårdas med stöd enligt LRV eller LPT ska slutenvården skicka ett inskrivningsmeddelande enligt samma regler som gäller vid frivillig vård.
- Sekretessen för uppgifter inom hälso- och sjukvården hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne:
  1. inte har fyllt arton år, 2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller 3. vårdas med stöd av LPT eller LRV.
 Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. (25 kap. 12§ OSL gällande hälso- och sjukvården och motsvarande bestämmelse för socialtjänsten finns i 26 kap. 9§ OSL)
 

Om den enskilde motsätter sig ett uppgiftsutlämnande är dock utgångspunkten att den enskildes vilja ska respekteras. Det är först om den enskilde inte kan ges nödvändig vård, behandling eller annat stöd som uppgifterna kan lämnas utan samtycke. Det betyder att den här bestämmelsen bara får användas i undantagsfall och då i de situationer där det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild.
- För ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård krävs att en samordnad vårdplan upprättas av chefsöverläkaren. Chefsöverläkaren ansvarar för att bedöma om en kallelse till samordnad vårdplanering ska skickas. En upprättad samordnad vårdplan är en förutsättning för att den enskilde ska

kunna övergå från sluten till öppen psykiatrisk tvångsvård eller från sluten till öppen rättspsykiatrisk vård.

- Den samordnade vårdplanen ersätter SIP. En samordnad vårdplan ska skrivas oavsett om behov finns av kommunala insatser.
- Den landstingsfinansierade öppenvården bör delta i planeringen inför utslussning och i framtagandet av samordnad vårdplan. De ska utse en fast vårdkontakt även när man använder en samordnad vårdplan.
- Socialtjänsten bör delta i planeringen inför utslussning och i framtagandet av samordnad vårdplan om insatser kommer att behövas.
- Den samordnade vårdplanen ska innehålla uppgifter om:
  - det bedömda behovet av insatser från regionen eller kommunen
  - beslut om insatser
  - vilken enhet som ansvarar för insatserna
  - eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen.
- I vissa fall kan det krävas att kommunens socialnämnd beslutar om biståndsinsatser innan eller i samband med att en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård lämnas till förvaltningsrätten. Detta understryker vikten av att planeringen påbörjas tidigt.
- Chefsöverläkaren ska meddela berörda enheter om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård. En underrättelse om övergång till öppen psykiatrisk vård eller öppen rättspsykiatrisk vård motsvarar meddelande om utskrivningsklar.

### **Tips/tänk på att...**

#### **Samtliga aktörer**

- En pågående tvångsvård kan bara ges så länge det finns ett giltigt vårdintyg enligt LPT eller LRV.
- Utslussning från tvångsvård kan ta tid och behöver förberedas väl. Ofta är vårdtiderna längre vilket ger inblandade aktörer möjlighet att påbörja den samordnade vårdplanen i god tid innan övergång till öppen tvångsvård.
- Under tiden individen befinner sig under tvångsvård kan permission användas som ett verktyg för utslussning. Under permissionstiden kan individen då prova på sociala insatser. För att få permission måste individen ha en bostad som denne kan få permission till. Denna bostad kan därför behövas länge före den faktiska utskrivningen.
- Utnyttja tiden innan personen blir överförd till öppna psykiatriska vården för att etablera kontakter med socialtjänsten, den kommunala finansierade hälso- och sjukvården samt den landstingsfinansierade öppenvården. Det finns stora vinster att i ett tidigt skede planera för hur



personens insatser ska se ut i framtiden, när personen väl ska skrivas ut från tvångsvården.

- I de fall då tvångsvården är kort bör man hålla kommunen och öppenvården väl informerade om händelseförloppet, så att de har all den information de behöver för att kunna agera på bästa sätt.

## 12. Hur kan man agera när en person som är bostadslös eller har en osäker boendesituation ska skrivas ut?



### Beskrivning av svår fråga

- En person som är bostadslös och saknar folkbokföringsadress kan inte hanteras i IT-systemet. Det kan även vara svårt att belägga vilken kommun som bär ansvaret, just eftersom personen saknar folkbokföringsadress.
- Ibland kan folkbokföringsadress finnas men ändå vara ogiltig, exempelvis genom att vara en gammal adress eller en närståendes – samtidigt som personen vistas i en annan kommun. Personen kan tidigare till exempel ha blivit vräkt, fått betalningsanmärkningar eller ha misskött sig, vilket försvårar individens möjligheter till att få en bostad. Man kan eventuellt behöva hänvisa till ärendansvar mellan kommuner och/eller riktlinjer i en stadsdel.
- För att en person ska kunna påbörja utslussning från slutna rättspsykiatrisk vård krävs en plan för bostad och adekvat stöd. Är inte boendesituationen löst kan inte förvaltningsdomstolen fatta beslut och det finns risk att tvångsvården förlängs (se mer under fråga 11).

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården ska, om information finns, skicka ett inskrivningsmeddelande till den kommun som personen senast var folkbokförd i, men kan också kontakta den kommun där personen i huvudsak vistas.
- Kommunens socialtjänst har det yttersta ansvaret för att människor som bor eller vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. För att få rätt till bistånd krävs att den sökande inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt. Kommunerna ansvarar för att det finns bostäder till invånarna i den egna kommunen och ska planera bostadsförsörjningen utifrån kommunens framtagna riktlinjer. Riktlinjerna syftar till att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder. Riktlinjerna ska också främja att kommunen förbereder och genomför ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen.

- Det finns inte någon bestämmelse i socialtjänstlagen som ger bostadslösa en allmän rätt att få en bostad via socialtjänsten. Reglerna i socialtjänstlagen, SoL, innebär att var och en i första hand är skyldig att försörja sig själv och sin familj inom ramen för sin förmåga. I detta ingår också ansvar för att ordna bostad, vilket innebär att den bostadslöse själv får söka bostad via bostadsförmedling, bostadsföretag, andrahandsförmedlingar eller på annat sätt försöka ordna sin bostadssituation. Vårdnadshavare har huvudansvaret för att säkerställa nödvändiga levnadsvillkor för sina barn och ansvarar för att barnens behov och rättigheter blir tillgodosedda.
- Med utgångspunkt i socialtjänstlagen har kommunen en skyldighet att tillhandahålla bostäder till särskilda grupper; exempelvis äldre, personer med funktionsnedsättning och vissa nyanlända med uppehållstillstånd.
- Socialtjänsten kan i särskilda fall vara skyldig att tillhandahålla en bostad som bistånd, med hänvisning till kraven på skälig levnadsnivå; till exempel om en person eller familj har varit helt bostadslös samt har särskilda svårigheter att skaffa bostad på egen hand. Det hör dock inte till vanligheterna att ett permanent boende tillhandahålls på detta sätt.
- I ett akut skede är det inte alltid så att en skälig boendestandard kan erbjudas och det kan innebära att den biståndssökande till exempel erbjuds boende på ett härbärge under en övergångsperiod. Socialtjänstens yttersta ansvar handlar om att ge personen tak över huvudet, och man kan inte i det läget ha alltför stora synpunkter på exakt var personen ska bo. Istället bör man motivera personen att acceptera erbjudandet att få en bostad snarare än att leva i bostadslöshet.

#### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Det är viktigt att bygga upp tillit och förtroende mellan berörda parter under planeringen för att kunna öka möjligheterna för personen att kunna få en bostad igen. Det kan vara extra viktigt i fall som rör en person som ska skrivas ut från rättspsykiatri. Det kan vara bra om man, med individens samtycke, kan ha en dialog med hyresvärderna om individens förutsättningar och det stöd som individen får. Man bör även vara vaksam på att om det är något underligt med folkbokföringsadressen. Det är viktigt att upptäcka så fort som möjligt om det inte finns någon tydlig adress, eller om det till och med skulle vara så att personen har skrivit sig på en felaktig adress.
- Det är viktigt att inte lova vissa typer av boenden.
- Att en bostad och adekvat stöd till individen finns är en förutsättning för att förvaltningsdomstolen ska kunna fatta beslut om att påbörja utslussningsfasen, och exempelvis kunna bevilja permissioner för att

individen ska kunna slussas ut. Här finns en uppenbar risk att tiden i tvångsvård fördröjs om inte boendesituationen är löst.

#### **Slutenvården**

- Identifiera behovet, bistå kommunens tjänstemän med underlag för att de ska kunna göra biståndsbedömning. Motivera personen och inhämta samtycke för att kunna föra dialog med en eventuell kommande hyresvärd.

### **13. Hur kan man hantera att en person inte vill bo där den blir anvisad?**



#### **Beskrivning av svår fråga**

- Ibland blir en person anvisad till en viss boendelösning som den av ett eller annat skäl motsätter sig.
- Bortsett från när individen vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning så gäller frivillighetsprincipen – individen bestämmer själv om hen vill ta emot stöd från kommunen och vården.

#### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Kommunen gör en bedömning om huruvida boendet tillgodoser/motsvarar personens behov.
- Individen har rätt att överklaga beslutet till domstol och socialtjänsten ska bistå individen med att överklaga beslutet.

#### **Tips/tänk på att...**

##### **Samtliga aktörer**

- Tänk på att påbörja planering i god tid inför utskrivning så att det finns möjlighet att hitta ett så välanpassat boende om möjligt.
- Genom att involvera individen i planeringsprocessen ökar chanserna för att denne sedan ska känna sig delaktig i och acceptera den lösning man kommer fram till.
- Arbeta kontinuerligt med att motivera och uppmuntra individen att samarbeta med involverade parter.

##### **Slutenvården**

- Dela genomförd funktionsbedömning och annan relevant information med socialtjänsten så att de får ett bra underlag att utgå ifrån vid planering av boendeform.

- Det kan vara svårt för personer som har varit i slutenvården länge att våga byta miljö. Tydliggör för personen att slutenvården inte är ett långsiktigt boendialternativ. Försök att långsamt vänja personen till ett liv utanför slutenvården. Om personen ska till ett boende med personal så kan man försöka ha en mjuk övergång med hjälp av personal i slutenvården som tillfälligt följer med till det nya boendet.

#### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Dela genomförd relevant information med socialtjänsten så att de får ett bra underlag att utgå ifrån vid planering av boendeform.

#### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (efter lokal arbetsfördelning)**

- Kommunen bör inhämta den information som behövs för att kunna göra en så bra bedömning som möjligt.
- För att säkra individens delaktighet i planeringsprocessen kan det vara en god idé att besöka individen under slutenvårdstiden för att diskutera möjliga lösningar.

### **14. Vad är bra att tänka på om en person får kommunala stödinsatser i boendet och behöver förändringar i dessa inför utskrivning? (över 18 år)**



#### **Beskrivning av svår fråga**

- Kommunala stödinsatser för en persons boende kan se olika ut och kan inkludera allt från att individen får stöd i form av ett telefonsamtal i veckan till att individen bor på ett boende där det finns personal dygnet runt.
- Om behovet hos personen är förändrat när hen ska skrivas ut från slutenvården, jämfört med de stödinsatser som personen hade före slutenvårdstillfället, kan kommunens handläggare behöva fatta ett nytt beslut.

#### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Slutenvården behöver inhämta information från den landstingsfinansierade öppenvården och socialtjänsten i ett tidigt skede. Det inhämtade materialet kan sedan fungera som en del av underlaget för en funktionsbedömning. Information om individens nuvarande boendesituation bör ingå i det underlaget.
- Socialtjänsten ansvarar för utredning och/eller bedömning av individens behov gällande boendeform/stödinsatser efter utskrivning.

- Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för att erbjuda vård efter utskrivning, även om personen är folkbokförd i annan region.
- Alla berörda aktörer ansvarar för att skapa en egen helhetsbild av det nuvarande boendet och eventuella behov av stödinsatsförändringar, och om ny kompetens behövs för att hantera detta. Om så är fallet ska socialtjänsten informeras så att de kan få lämpligt underlag inför utredning/bedömning.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Förändringar i boendestöd kan ta tid och därför behöver planering börja i ett tidigt skede. Initiera tidigt samarbete för att: möjliggöra underlag till socialtjänsten inför bedömning av behov av förändrade stödinsatser för boendet samt för öppenvården och kommunala hemsjukvården att anpassa sina insatser.
- Det är viktigt att göra gemensamma bedömningar vid specifika svåra/komplicerade situationer.
- Vid planering av boendeform kan det även vara lämpligt att ta individens sysselsättning i beaktning, och se över om något behöver förändras gällande den.

#### Slutenvården

- Inhämta information från den landstingsfinansierade öppenvården och kommunens handläggare, boende och boendestöd i ett tidigt skede, som underlag inför funktionsbedömning. Information om individens nuvarande boendesituation bör ingå i underlaget för att möjliggöra för individen att åka på permission. Man bör även undersöka möjligheten för individen att titta på det nya boendet, och själv vara med och bestämma om huruvida det passar. Om det skulle vara så att individen själv inte kan åka så kan man be någon att ta bilder så att personen kan se boendet själv på det sättet.

#### Landstingsfinansierade öppenvården

- Om personen sedan tidigare fått insatser bör den landstingsfinansierade öppenvården bibehålla kontakten med personen under slutenvårdstiden samt arbeta nära socialtjänsten för att planera för insatser vid utskrivning utifrån den förändrade boendesituationen.

#### Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (enligt lokal arbetsfördelning)

- Socialtjänsten behöver upprätta eller upprätthålla sin kontakt med personen under tiden hen vistas i slutenvården för att tidigt identifiera eventuella behov av förändrade stödinsatser för boende. Om man behöver tillfredsställa

nya eller förändrade behov och inte har kompetensen internt för att hantera detta, så behöver en plan upprättas för att möta behoven exempelvis genom rekrytering.

## 15. Vad är bra att tänka på om en person behöver en ny boendeform efter utskrivning? (över 18 år)



### Beskrivning av svår fråga

- I vissa fall har en person så pass förändrade behov n ny boendeform kan behövas efter utskrivning från slutenvården. Det kan till exempel bero på förändrad funktion, högre risk för sig själv eller andra, substansbruk eller liknande.
- Att hitta en ny boendeform tar ofta tid. För boende krävs både utredning och biståndsbeslut av kommunens handläggare. Det är alltid ansvarig kommun, det vill säga den som har tagit beslut om boendet, som ska göra en ny utredning och ta eventuellt beslut vid ändrade förhållanden. Finns boendet i en annan kommun kan den kommunen bistå utredningen.
- Innan en ny boendeform finns för individen kan man behöva skapa temporära lösningar.

### Vad är de olika aktörernas ansvar?

- Slutenvården ansvarar för att i ett tidigt skede inhämta information från den landstingsfinansierade öppenvården, den kommunalt finansierade sjukvården och socialtjänsten som sedan kan fungera som underlag för funktionsbedömning. Information om individens nuvarande boendesituation bör ingå i underlaget.
- Socialtjänsten ansvarar för utredning och/eller bedömning av individens behov gällande boendeform efter utskrivning.
- Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för att erbjuda vård efter utskrivning, även om personen är folkbokförd i annan region.
- Samtliga berörda aktörer ansvarar för att få en helhetsbild av det nuvarande boendet och eventuella behov av ny boendeform, och om ny kompetens behövs för att hantera detta. Det är också viktigt att ta individens sysselsättning i beaktning, och se över om något med den behöver förändras.

### Tips/tänk på att...

#### Samtliga aktörer

- Förändringar av boendeform kan ta tid och därför behöver planering börja i ett tidigt skede. Initiera tidigt samarbete för att: möjliggöra underlag till

socialtjänsten inför bedömning av behov av förändrade stödinsatser för boendet samt möjliggöra för öppenvården och kommunala hemsjukvården att anpassa sina insatser.

- Det är viktigt att göra gemensamma bedömningar vid specifika svåra/komplicerade situationer.

### **Slutenvården**

- Inhämta information från den landstingsfinansierade öppenvården och socialtjänsten i ett tidigt skede, som underlag inför funktionsbedömning. Information om individens nuvarande boendesituation bör ingå i underlaget.

### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Om personen sedan tidigare fått insatser från den landstingsfinansierade öppenvården bör man bibehålla kontakten med personen under slutenvårdstiden samt arbeta nära socialtjänsten för att planera för insatser vid utskrivning utifrån den nya boendesituationen.

### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (enligt lokal arbetsfördelning)**

- Om personen sedan tidigare fått insatser från socialtjänsten bör man bibehålla kontakten med personen under tiden hen vistas i slutenvården för att tidigt identifiera eventuella behov av ny boendeform för boende.
- Om personen sedan tidigare fått insatser från kommunala hemsjukvården bör man bibehålla kontakten med personen under slutenvårdstiden samt arbeta nära socialtjänsten för att planera för insatser vid utskrivning utifrån den nya boendesituationen.
- Socialtjänsten bör i större utsträckning samarbeta med psykiatriker vid utredningar. Många av psykiatriks patienter, i synnerhet de med substansbrukssyndrom, erhåller ofta inte stöd enligt exempelvis LSS trots psykiatrisk samsjuklighet, med hänvisning till att all funktionsnedsättning är avhängig beroendeproblematiken.

## **16. Vad är bra att tänka på om ett barn/en ungdom behöver en ny boendeform efter utskrivning? (under 18 år)**



### **Beskrivning av svår fråga**

- I vissa fall har ett barn så pass förändrade behov att en ny boendeform krävs efter utskrivning från slutenvården. Det kan till exempel röra sig om förändrad funktion, högre risk för sig själv eller andra, substansbruk eller

olämplighet i nuvarande boende. Det kan också vara så att barnet inte vill återgå till samma boendeform som den hade före inskrivning i slutenvården.

- Att hitta rätt placeringsalternativ tar ofta tid. Socialtjänsten i placeringskommunen måste utreda barnets behov, hitta lämplig placeringsform, rätt familjehem/HVB/stödboende/SIS, och fatta beslut om placeringen.
- Innan en ny stadigvarande placering finns för barnet kan man behöva skapa temporära lösningar så som placering i jourhem. Jourhem bör dock undvikas till svårt sjuka barn, särskilt när det gäller familjehem. Istället bör man eftersträva mer smidiga lösningar.

#### **Vad är de olika aktörernas ansvar?**

- Om samhället via socialtjänsten placerar barnen ska den offentliga vården kunna garantera barnen att de får en trygg, säker och ändamålsenlig vård som präglas av kontinuitet. Ett barn som placeras i samhällsvård ska få god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden. Socialtjänsten ska verka för att de får lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård de behöver. Vårdnadshavare ska kunna känna sig trygga med att deras barn får ett omhändertagande och en vård som gynnar barnets bästa.
- Socialtjänstens handläggare ansvarar för utredning och bedömning av individens behov gällande placeringsform efter utskrivning. En placering i samhällsvård föregås alltid av en utredning.
- Socialtjänsten har ett övergripande ansvar för barn och unga under placeringstiden och ska verka för att placerade barn får den hälso- och sjukvård de behöver, men socialtjänsten har inget operativt hälso- och sjukvårdsansvar.
- Slutenvården ansvarar för att genomföra en funktionsbedömning och dela denna med socialtjänsten som underlag för utredning och bedömning.
- När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en SIP.

#### **Tips/tänk på att...**

##### **Samtliga aktörer**

- Vid insatser som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Glöm inte bort att prata med barnet/ungdomen självt, för att höra hans åsikter. Involvera barnet/ungdomen utifrån ålder och mognad. Exempelvis kan man låta barnet få åka med och titta på det nya boendet, eller få bilder på det.
- Förändringar i boende tar ofta tid och därför behöver planering börja i ett tidigt skede. Det förekommer att unga sedan tidigare har en osäker



bostadssituation, och det är ofta brist på nya boendeformer. Det är viktigt att börja lösa boendefrågan redan i ett tidigt stadium för att effektivt använda den tid som finns när barnet/ungdomen vårdas i slutenvården.

- För att säkerställa att barnets/ungdomens behov blir mötta bör samordning ske genom SIP, under förutsättning att samtycke för detta finns; antingen av personen själv om, med hänsyn till ålder och mognad eller annars av vårdnadshavare.
- Initiera tidigt samarbete för att möjliggöra underlag till kommunens handläggare inför bedömning av behov av förändrade insatser samt för den landstingsfinansierade öppenvården och kommunalt finansierade hälso- och sjukvård att anpassa sina insatser.
- Det är viktigt att göra gemensamma bedömningar vid specifika svåra/komplicerade situationer.

### **Slutenvården**

- I slutenvården är fokus ofta på barnet/ungdomen – glöm inte bort att tala med vårdnadshavare och få deras perspektiv inför exempelvis en funktionsbedömning.
- Inhämta information från den landstingsfinansierade öppenvården, skolan och socialtjänsten i ett tidigt skede, som underlag inför funktionsbedömning. Information om barnet/ungdomens nuvarande boendesituation bör ingå i underlaget.

### **Landstingsfinansierade öppenvården**

- Om barnet/ungdomen sedan tidigare fått insatser från den landstingsfinansierade öppenvården bör den fasta vårdkontakten bibehålla kontakten med barnet/vårdnadshavare under slutenvårdstiden samt arbeta nära socialtjänsten och skolan för att planera för insatser vid utskrivning utifrån den nya boendesituationen.

### **Socialtjänsten och/eller kommunala hälso- och sjukvården (enligt lokal arbetsfördelning)**

- Om barnet/ungdomen sedan tidigare fått insatser från socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården bör man bibehålla kontakten med barnet/ungdomen under tiden hen vistas i slutenvården för att tidigt identifiera eventuella behov av ny boendeform.
- Glöm inte att det är helt centralt att säkerställa god och anpassad skolgång för barnet vid utskrivning till ny boendeform.

# KAPITEL 4

## Var kan jag läsa mer?

I tabellen nedan ses en översikt över material som du kan använda för att läsa mer eller få mer konkreta tips och stöd. Per material anges om det huvudsakligen är ett verktyg/metodstöd som kan användas i det praktiska arbetet eller en beskrivande rapport. Du kan även ta del av filmer och utbildningar i frågan direkt på webben på SKL:s hemsida

<https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sammanhallenvardom-sorgaldre/samverkanvidutskrivningfransjukhus.13624.html> och Uppdrag psykisk hälsa <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/pa-gang-inom-sip/>.

Ämne	Material	Verktyg/ metodstöd	Rapport
Samordnad Individuell Plan (SIP)	Använd SIP – ett verktyg vid samverkan; Barn och unga 0–18 år Sveriges Kommuner och Landsting, 2016	X	
	Använd SIP – ett verktyg vid samverkan; För alla över 18 år, vuxna och äldre Sveriges Kommuner och Landsting, 2018	X	
	Till dig som är förtroendevald och arbetar med frågor rörande socialtjänst och hälso- och sjukvård Sveriges Kommuner och Landsting, 2018	X	
Samordnad vård och omsorg	Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård – Framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Uppföljning av kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen Sveriges Kommuner och Landsting, 2018		X
	På Väg – Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018		X
	Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016		X
Utskrivningsprocessen	Trygg hemgång – för effektivare och säkrare utskrivning från slutet hälso- och sjukvård Sveriges Kommuner och Landsting, 2017	X	
Riskanalyser och händelseanalyser	Riskanalys och händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten Sveriges Kommuner och Landsting, 2015	X	
	Patientsäkerhet och arbetsmiljö – En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö Sveriges Kommuner och Landsting, 2013	X	

# Bilaga 1: Om lagen om samverkan vid utskrivning

## Bakgrund till den nya lagen

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård trädde i kraft 1 januari 2018. Lagen kom till genom att regeringen 2014 beslutade om direktiv till en översyn av den tidigare betalningsansvarslagen (1990:1404) (BAL). Syftet med översynen av BAL var att åstadkomma en god vård med minskade ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt kommunalt boende. Översynen konstaterade att för att uppnå detta räckte det inte att förändra befintlig lagstiftning, och därför presenterade man ett förslag på en helt ny lag i betänkandet ”Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård” (Socialdepartementet, 2015).

Det betänkandet blev sedan den lag, Samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612), som riksdagen fattade beslut om i juni 2017 och som ersatte BAL.

## Lagens mål och syfte

### 1 kap. Inledande bestämmelser

#### Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om

1. samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, eller den landstingsfinansierade öppna vården,
2. hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna, och
3. kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter

#### Lagens syfte

2 § Denna lag syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar (SFS 2017:612).

### **Lagen gäller både för somatisk och psykiatrisk slutenvård**

Lagen om samverkan vid utskrivning är lika för både somatisk och psykiatrisk slutenvård från och med 1 januari 2019. Dock skiljer sig den psykiatriska vården från den somatiska gällande vilket verktyg som ska användas vid samordnad planering i *ett* särskilt fall; när personer som vårdas i psykiatri ska skrivas ut till *fortsatt tvångsvård i öppenvård*<sup>11</sup> används samordnad vårdplan (SVPL) istället för samordnad individuell plan (SIP) som gäller i alla övriga fall<sup>12</sup>.

### **Lagen innebär att planering för utskrivning ska börja redan vid inskrivning**

Målet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av slutenvård så snart som möjligt ska kunna skrivas ut på ett tryggt sätt. Om en person har behov av insatser efter utskrivning förutsätter det att planering inför utskrivning påbörjas i god tid. Vid tidig planering ges förutsättningar för den enskilde att lämna slutenvården när denne bedöms vara utskrivningsklar. I praktiken innebär detta att planering för utskrivning ska påbörjas hos samtliga aktörer från det att de tar emot ett inskrivningsmeddelande.

Att samtliga parter finns med tidigt i processen är särskilt viktigt i de fall som rör personer med en komplex situation och problematik, särskilt när individens egen förmåga är begränsad. Ytterligare fall där alla parter ska vara med tidigt i planeringen är exempelvis när boendesituationen behöver ses över eller när hjälpmedel behöver finnas på plats.

### **Den nya lagen innebär en ny roll för den landstingsfinansierade öppenvården**

För både den somatiska vården och den psykiatriska vården innebär den nya lagstiftningen att den landstingsfinansierade öppenvården får en ny, mer involverad roll än tidigare. Under den gamla lagstiftningen var öppenvården i vissa fall inte inblandad i planeringsarbetet vid utskrivning. I och med den nya lagstiftningen ska den fasta vårdkontakten utses i den öppna vården vilket medför att den landstingsfinansierade öppenvården tar en betydligt större roll i det gemensamma arbetet.

#### ***Rollen som fast vårdkontakt***

Den fasta vårdkontakten ansvarar för att **samordna** alla insatser som rör individen. Det innebär att samarbeta med relevanta yrkeskategorier och skapa förutsättningar för rätt vård, i rätt tid och på rätt plats (Socialstyrelsen, 2017).

Att **förmedla kontakt** med andra aktörer är en annan viktig uppgift i rollen som fast vårdkontakt. Det kan röra sig om att länka samma professioner från olika specialiteter eller verksamheter, allt för att få en helhetssyn på individens situation.

---

<sup>11</sup> Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård (ÖRV)

<sup>12</sup> Enligt 7 a § i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Att vara fast vårdkontakt är också en viktig del i att **stärka individens ställning**. Den fasta vårdkontakten ska säkerställa att den enskildes behov, prioriteringar och vilja tillvaratas i planeringen av vård och omsorg.

Individens behov ska styra vem som ska utses till fast vårdkontakt. Det kan exempelvis vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen såsom en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en administratör som koordinerar vården – individens behov ska styra. Den fasta vårdkontakten kan finnas inom psykiatrin eller den somatiska vården beroende på vad som passar individen bäst (Prop 2009/10:67). För patienter med behov av även somatisk vård får primärvården en viktig roll gällande samordning av den somatiska och den psykiatriska vården. För personer med stort behov av somatisk vård kan det lämpa sig bättre att den fasta vårdkontakten utses inom exempelvis primärvården.

### **Den nya lagen ställer krav på proaktivitet och flexibilitet i kommunal verksamhet.**

För att undvika att individen är onödigt länge i slutenvården kan socialtjänsten behöva hitta nya arbetssätt och rutiner, både internt och i samverkan med andra aktörer. Den kommunala biståndsorganisationen (äldreomsorg, missbruk, socialpsykiatri och individ- och familjeomsorg, LSS etc.) behöver organiseras så att proaktivt arbete och flexibel bedömning och uppstart av insatser, exempelvis under helger, är möjligt. För att tidig planering ska kunna ske behöver socialtjänsten påbörja inhämtning av den information de behöver redan vid inskrivningsmeddelande. Slutenvården ansvarar för att inhämta patientens samtycke så att nödvändig information kan lämnas till socialtjänsten.

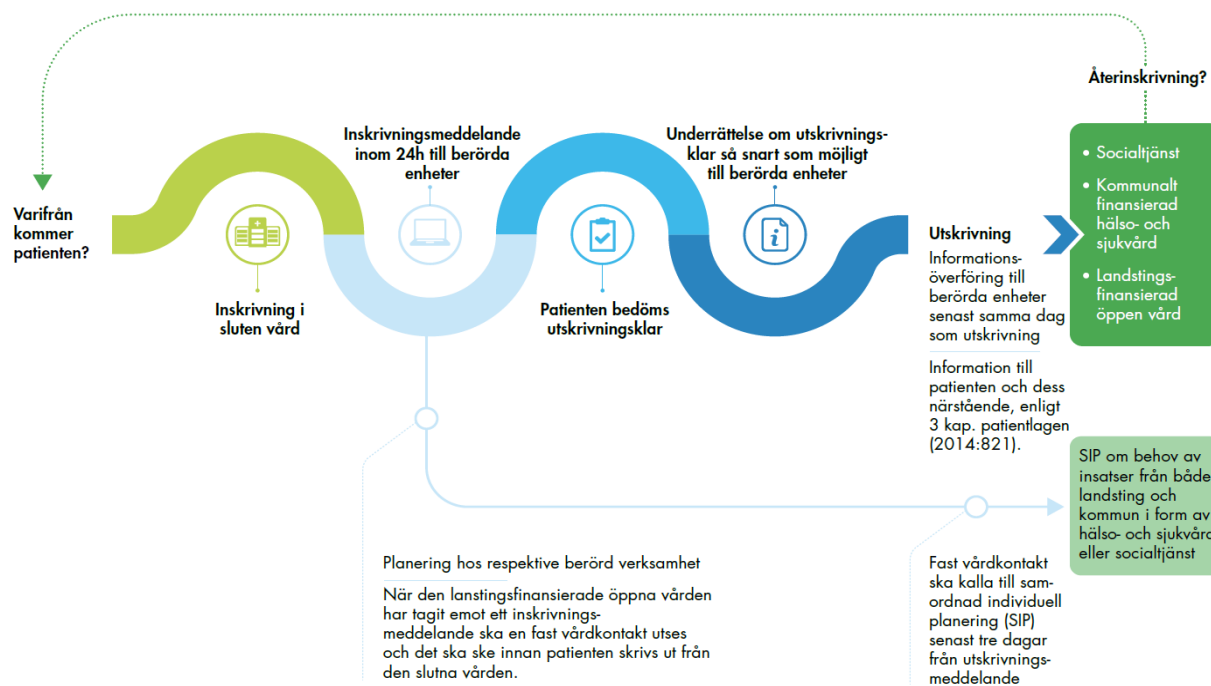
### **Översikt över utskrivningsprocessen enligt nya lagen**

Nedan görs en övergripande genomgång av utskrivningsprocessen så som den ska ske enligt den nya lagen. För mer information om varje steg i processen se exempelvis Vårdanalys delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018).

I lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården ser de olika stegen i utskrivningsprocessen ut enligt nedan, figur 3 (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018):

Figur 3. Stegen i utskrivningsprocessen (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018)

Figur 1. Översikt över de olika delarna av lagen.



## Inskrivning

### Skicka inskrivningsmeddelande

När en person skrivs in i slutenvården ska ett *inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter inom 24 timmar*. I meddelandet ska det även finnas en *beräknad tidpunkt för utskrivning*.

Bland de berörda enheterna räknar man:

- Kommunens handläggare
- Öppenvården, vilket kan vara den specialiserade öppenvården, primärvården och/eller de enheter som i dagsläget genomför vård- och omsorgsinsatser i kommunal verksamhet.

Har personen redan stöd från kommunen så berörs den enhet där hen bor och hens handläggare kopplat till det boendet, annars så berörs myndigheten/handläggarenheten i kommunen. Utöver detta så kan vissa andra enheter komma att behövas framöver, även om de ännu inte är involverade.

Att ”meddela berörda enheter” kräver därmed att man tänker till kring personens situation. Vad var anledningen till att personen nu skrivs in? Vilka behov kommer personen ha när hen skrivs ut? Personen kanske inte har någon kontakt

med de parter som behövs för att vård och omsorgsbehovet ska bli tillgodosett på ett optimalt sätt. Konkret innebär detta att nya kontakter behöver tas med tänkbara parter som inte tidigare varit inblandade.

**För att dela information krävs samtycke från individen, att det finns en tillämplig sekretessbrytande bestämmelse eller att en menprövning visat att uppgifterna kan lämnas ut.** Att berörda enheter kan dela information med varandra är en förutsättning för en god samverkan. I första hand bör den enskildes samtycke till informationsöverföringen inhämtas. Ett samtycke kan vara både skriftligt och muntligt. Ett sätt är att använda sig av en för ändamålet särskilt avsedd blankett. Om samtycket är muntligt ska det dokumenteras. Om en person inte vill ge samtycke kan man behöva göra ett motivationsarbete för att individen ska förstå värdet i att alla parter samverkar. I vissa fall kan en menprövning leda till bedömningen att informationen kan lämnas ut trots att individen inte samtycker. I vissa fall kan en menprövning leda till bedömningen att informationen kan lämnas ut trots att individen inte samtycker.

**Vissa uppgifter i ett inskrivningsmeddelande får skickas utan samtycke eller utan menprövning.** Det gäller upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning.

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

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av LPT eller LRV.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. (25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen, OSL)

Du kan läsa om konkreta tips avseende svåra frågor som inkluderar samtycke i kapitel 3, fråga 1–4 i denna skrift.

### ***Utse fast vårdkontakt i öppenvården***

Den landstingsfinansierade öppenvården ska *utse en fast vårdkontakt* för patienten. Samma regler gäller oavsett om det är somatisk eller psykiatrisk vård. Det innebär till exempel att även den rättspsykiatriska vården ska utse fast vårdkontakt vid inskrivning och meddela beräknad tidpunkt för utskrivning trots att det kan handla om långa vårdtider.

### **Planering av vård och omsorg inför utskrivning**

Arbetet med planering inför utskrivning ska påbörjas utan dröjsmål och det är viktigt att personen, närstående och *alla övriga inblandade parter är delaktiga* och blir involverade så tidigt som möjligt i processen.

#### ***Både eget och gemensamt ansvar för planeringen***

Varje verksamhet ansvarar för sin egen del av planeringen men är också ansvarig för att samordning och kommunikation mellan parterna sker och fungerar, givet att personen har samtyckt till det. Sekretess gäller mellan verksamheterna om personen inte har samtyckt, det finns en tillämplig sekretessbrytande regel eller menprövning visat att uppgifterna kan lämnas ut.

Man behöver kartlägga vilka behov och vilken funktionsnivå personen har i planeringen, och sedan analysera orsakerna till att personen har skrivits in i slutenvården. Utöver det är det också viktigt att kartlägga och beskriva riskfaktorer för att undvika återinläggning. Personalen i respektive verksamhet kan utifrån det diskutera vilka insatser som personen kommer att behöva framöver. Vid komplexa ärenden är det ofta flera verksamheter som ska ge vård-, omsorgs-, behandlings- och rehabiliteringsinsatser, men man bör också tänka på att varje verksamhet endast kan fatta beslut om de insatser de själva råder över.

#### ***Exempel på planering hos olika huvudmän***

*Den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården ska utreda och bedöma patientens fortsatta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det gäller både för perioden i slutenvård och för perioden efter utskrivning till öppenvård. De verksamheter som behöver ge vård eller omsorg till personen behöver få löpande information om dennes situation, och dessutom få information om huruvida samordnade insatser är nödvändiga.*

En viktig uppgift för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården är också att förse sina samarbetsparter med beslutsunderlag; det kan röra sig om intyg och utlåtanden som kan ligga till grund för rehabiliterande insatser och biståndsbeslut med mera.

Slutenvården ska samarbeta med den fasta vårdkontakten i öppenvården kring planering och samordning. Om samordnade insatser behövs ska den fasta vårdkontakten komma överens med den enskilde och andra berörda om lämplig tidpunkt för ett SIP-möte (Samordnad Individuell Plan, se beskrivning nedan).

*Socialtjänsten har ett ansvar att berätta för andra inblandade verksamheter om vilka socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser är, och har även ett ansvar att samordna dessa med regionens hälso- och sjukvård inför utskrivning. Socialtjänsten ska också ta emot eventuell insatsansökan från personen ifråga. För att kunna bearbeta den ansökan behöver man inhämta den information som behövs för att utreda och bedöma biståndsbehov enligt socialtjänstlagen och/eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade.*



När det gäller exempelvis personer som har beslut om boendestöd och bor i ordinärt boende krävs ett bra samarbete med hemsjukvården när medicinsk ansvarsövertagande finns upprättat eller kommer att påbörjas som insats. Vanligtvis sker utskrivningar fredag eftermiddag inför helgen och då krävs en snabb omfördelning av ärenden för att möta upp.

I kapitel 2 finns en checklista med exempel på information som kan vara viktig att dela med andra parter under planering av fortsatt vård och omsorg.

### ***Individen ska vara delaktig***

Individens delaktighet är centralt i allt arbete inom vård och omsorg. Det är individens behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen och individen ska ges möjlighet att delta aktivt i arbetet.

Deltagande ska ske när det är möjligt. Det är viktigt att understryka att planeringsansvaret finns kvar även när en person har samtyckt till att en plan upprättas men inte förmår att delta. En oförmåga att delta kan exempelvis bero på sjukdom som demens, psykos eller substansbruks/beroende.

För personer med funktionsnedsättningar måste både informationen och processen anpassas till individen. Detta gäller för alla typer av funktionsnedsättningar oavsett om det handlar om förmågan att inhämta information, koncentrations-svårigheter, eller nedsättningar av annat slag. Det är även bra att ha information på flera språk tillgängligt.

När det gäller barn och ungdomar, och deras vårdnadshavare, kan det finnas vissa komplikationer i exempelvis de fall som vårdnadshavarna är separerade. Man får då försöka skapa ett så bra och produktivt samtalsklimat som möjligt, och hålla båda vårdnadshavare informerade om processen. Kan inte vårdnadshavarna enas eller samsas så kan man behöva samtala med dem separat, och på så sätt försöka hitta en gemensam samsyn för fortsatt vård och omsorg för barnet eller ungdomen. Man bör, givetvis, även ta barnets och eller ungdomens synpunkter och önskemål i beaktning under processens gång.

### **Underrättelse om att patienten är utskrivningsklar**

När personen har bedömts som utskrivningsklar är det slutenvården som ska meddela *alla berörda enheter*. När kommunen har meddelats om detta så inträder dess betalningsansvar enligt lokal överenskommelse eller, i brist på det, enligt bestämmelserna i samverkanslagen.

Utskrivningsklar är likställt med en underrättelse om personen ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård (ÖRV) enligt 7a § i lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Vid LRV med särskild utskrivningsprövning räknas förvaltningsdomstolens beslut om övergång till öppen rättspsykiatrisk vård som meddelande om utskrivningsklar.

### **Informationsöverföring vid utskrivning**

Om individen har givit samtycke ska den slutna vården överföra relevant information till berörda enheter vid utskrivning. Informationen ska delas senast samma dag som individen skrivs ut.

Information ska även ges till patienten i enlighet med, bland annat, patientlagen (SFS 2014:821).

### **Kallelse till SIP**

Den fasta vårdkontakten ska kalla till Samordnad Individuell Planering, SIP, *senast tre dagar efter underrättelse om utskrivning*, när det finns behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I vissa fall är det mest ändamålsenligt för patienten att SIP-mötet sker när personen fortfarande befinner sig i slutna vård. Det kan till exempel röra sig om fall där samordning av insatser behöver ske innan personen kan skrivas ut, och när personens stödbehov kommer att vara stora. I de flesta fall kan patientens behov och prioriteringar dock bli tydligare om samordningen sker efter utskrivning.

Gällande kallelse till SIP finns det en skillnad i lagen som gäller personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)<sup>13</sup> eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)<sup>14</sup>. I de fall som en person ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska samordnad vårdplanering (SVPL)<sup>15</sup> användas. Det gäller alltså endast vid fortsatt tvångsvård, om personen skrivs ut från tvångsvård till öppenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)<sup>16</sup> är det kallelse till SIP som ska göras.

---

<sup>13</sup> SFS 1991:1128

<sup>14</sup> SFS 1991:1129

<sup>15</sup> enligt 7a § LPT 12a § LRV

<sup>16</sup> SFS 2017:30

# Bilaga 2: Om Samordnad Individuell Plan (SIP)

## **SIP – ett verktyg för samverkan**

En SIP är en samordnad individuell plan som upprättas när det finns behov av att samordna en enskild persons insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Planen ger överblick och gör det lättare att samarbeta och se vilka insatser som ger bästa möjliga effekt. En SIP ska innehålla:

- vilka insatser som ska göras
- vem som ska ansvara för insatserna
- om kommunen eller regionen ska ha det övergripande ansvaret
- hur planen ska följas upp

En SIP ska alltid göras tillsammans med den enskilde, dess närstående när så behövs eller önskas, och personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. En SIP ska utgå ifrån en enskildes egna behov och prioriteringar. Målen i en SIP bör vara konkreta och tidsatta så att de kan följas upp.

Planeringen som man kommer fram till skrivs ner i en plan eller i en speciellt utformad blankett som tagits fram i vissa regioner.

Om någon aktör misstänker att den plan som kommit överens om i SIP-mötet inte följs bör de så snart som möjligt initiera en uppföljning av SIP:en.

Mer information om SIP och hur en sådan upprättas på ett bra sätt finns i SKL:s handböcker **SIP – ett verktyg för samverkan**.

- **För alla över 18 år, vuxna och äldre**  
<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/anvand-sip-ett-verktyg-for-samverkan.html>
- **För barn 0–18 år**  
<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/assets/uploads/2018/01/Anvand-SIP-barn-och-unga.pdf>

# Bilaga 3: Om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Varje organisation ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som grund för att minimera risker och negativa händelser samt för att skapa det ständiga lärandet. För att hantera komplexa situationer behöver varje medarbetare känna till och arbeta i enlighet med den egna organisationens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

## **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Sedan 2012 gäller gemensamma föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Där anges att det ska finnas ett ledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemets grundläggande uppbyggnad består av processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet, inklusive att säkerställa hur samverkan möjliggörs (SOSFS 2011:9). Nedan presenteras kort ett urval av viktiga verktyg i ett systematiskt kvalitetsarbete:

## **Avvikelse rapportering**

När något inte fungerat som det ska inom organisationen eller mellan olika parter bör denna avvikelse rapporteras enligt befintlig rutin (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). Rutinen ska omfatta att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (Socialstyrelsens termbank).

## **Risakanalys – ett verktyg för att förebygga misstag**

Risakanalys används i det förebyggande arbetet genom att man på förhand analyserar vad som kan gå fel i vård- och omsorgskedjan, och sedan identifierar åtgärder som antingen kan förhindra att negativa situationer uppkommer, eller åtminstone minimerar risken för att de ska uppkomma. En riskanalys kan initieras exempelvis efter frekventa iakttagelser av mindre allvarliga avvikelser eller då en medarbetare att ett arbetsmoment är riskfyllt. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015) När man står inför en osäker, komplex situation där det uppstår svåra frågor kan det vara lämpligt att initiera en riskanalys.

## **Händelseanalys – ett verktyg att använda när något har gått fel**

I vissa fall uppstår brister, exempelvis om samverkan brister och ett ärende stannar upp, eller får ett icke önskvärt utfall. För att komma vidare i ärendet och undvika upprepning av händelsen kan man med fördel använda sig av

händelseanalys för att belysa vad som gått fel i ett tidigare skede. Syftet är inte att ta reda på vilka specifika personer som har gjort fel, utan att ta reda på vilka brister i organisation och arbetssätt som orsakade händelsen. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015) I hantering av komplexa ärenden där svåra frågor uppstår kommer brister sannolikt uppstå och händelseanalyser behöva göras för att skapa ett lärande inför framtiden.

# Referenser

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). *Samordnad vård och omsorg - En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *På väg - delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, rapport 2018:11.*
- Prop 1996/97:60. (u.d.). *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården - Proposition 1996/97:60.*
- Prop 2009/10:67. (u.d.). *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning - Proposition 2009/10:67.*
- SFS 1991:1128. (u.d.). *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård .*
- SFS 2014:821. (u.d.). *Patientlag 2014:821.*
- SFS 2017:612. (u.d.). *Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård .*
- Socialdepartementet. (2015). *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård - SOU 2015:20.*
- Socialstyrelsen. (2012). *Sekretess- och tystnadspliktsgränser i Socialtjänsten och i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen. (2017). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan - nationell vägledning.* Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens termbank. (u.d.). *Socialstyrelsens termbank (hämtat 2019-03-27).* Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:9. (u.d.). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - SOSFS 2011:9.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Risikanalyser och händelseanalys - Analysmetoder för att öka patientsäkerheten.*



# God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?

Ett stöd för personal i samverkan vid utskrivning från sluten psykiatrisk vård

Denna skrift ska vara ett hjälpmedel **generellt vid utskrivning från sluten psykiatrisk vård** och **specifikt i komplexa situationer där svåra frågor uppstår**. Skriften ger inte exakta svar på hur olika aktörer ska agera, men den bidrar med konkreta tips för att kunna ta sig an situationerna tillsammans. Fokus för skriften är vad personal inom vård och omsorg bör tänka på i komplexa situationer, inte hur individen eller dennes närstående själva kan eller bör agera. Det grundläggande tankesättet om samverkan vid svåra frågor kan självklart användas som utgångspunkt även vid utskrivning från annan slutenvård än den psykiatriska.

För att det ska fungera behövs tydliga och kända strukturer, processer och rutiner. Men än viktigare; **förtroende, tillit och förståelse** för varandra

Upplysningar om innehållet  
Magnus Wallinder, [magnus.wallinder@skl.se](mailto:magnus.wallinder@skl.se)  
Zophia Mellgren, [zophia.mellgren@skl.se](mailto:zophia.mellgren@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019  
ISBN: 978-91-7585-734-3