



Överenskommelse om samarbete mellan
kommunerna i Jämtlands län och
Region Jämtland Härjedalen
gällande personer med psykiska
funktionsnedsättningar

att gälla från och med 2025-07-01

Version 5.0

Överenskommelsen fastställdes ursprungligen av respektive kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige (nuvarande regionfullmäktige) under 2014/2016.

Reviderad upplaga har arbetats fram i en arbetsgrupp med representation från Region Jämtland Härjedalen och Länets kommuner samt NSPH/Hjärnkoll Jämtland Härjedalen. Överenskommelsen har därefter fastställs av den regionala samverkansarenan SVOM juni 2025

Den reviderade upplagan gäller tills vidare fram till dess behov av revidering lyfts.

Innehåll

Inledning	4
Bakgrund.....	4
Målgrupp.....	4
Utgångspunkter	4
Befintliga överenskommelser, avtal och dokument vilka hanterar samverkan för målgruppen...	5
Definitioner av gemensamma begrepp	5
Gemensamma mål	5
Omställningen Nära vård.....	5
Överenskommelsens syfte	6
Ansvarsfördelning och rutiner.....	6
Ökad delaktighet.....	8
Patient- Brukarmedverkan	8
Hur individuella planer ska upprättas	9
Personligt ombud	9
Anhörigas delaktighet och behov av stöd.....	9
Spridning, genomförande, uppföljning, utvärdering	10
Spridning	10
Genomförande, uppföljning och utvärdering	10
Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – område psykisk hälsa och suicidprevention	10
Uppföljning /utvärdering av överenskommelsen via handlingsplan	11
Hantering av oenighet samverkan.....	11

Inledning

Bakgrund

Sedan den 1 januari 2010 är regioner och kommun skyldiga att ha en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Huvudmännens ansvarsfördelning, arbetssätt, samverkan och kommunikationsvägar är viktiga för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Kommuner och regioner ska enligt gällande lagstiftning ¹ ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Överenskommelsen ska följa de områden Socialstyrelsen anger i sitt meddelandeblad nr 1/2010:²

- Vilka **målgrupper** som omfattas
- **Gemensamma mål** för landstingens och kommunernas verksamheter
- **Rutiner för samarbete kring enskilda personer** med psykiska funktionsnedsättningar
- Hur **individuella planer** ska upprättas, (samordnade individuella planer, SIP) för individer som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten³.
- **Ansvarsfördelningen på området där gemensamma insatser krävs**

Målgrupp

Personer i alla åldrar med **psykisk funktionsnedsättning med behov som förutsätter samordnade och samtidigt insatser mellan olika aktörer**. Frågeställningarna kan spänna över olika kunskapsområden och flera verksamheter kan vara inblandade.

Personcentrerade vård- och stödinsatser där samverkan mellan huvudmännen är särskilt viktigt gäller exempelvis vid samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos, barn och ungdomar med psykiska och sociala problem, somatisk sjukdom hos person med psykisk funktionsnedsättning samt äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Utgångspunkter

Vård och stöd ska ges på lika villkor och i en sömlös kedja oberoende av huvudman.

Utgångspunkter för samverkan ska syfta mot rättvisa och lika möjligheter. Personer med olika funktionsnedsättningar ska kunna delta fullt ut och på lika villkor. Stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk funktionsnedsättning ska motverkas.

När det gäller målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning finns utmaningar som bedöms behöva särskilda åtgärder och utvecklingsinsatser.

¹ 7 kap. 2 § socialtjänstlagen, SoL, (2001:453) och 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30) 3 §.

² [Överenskommelser om samarbete - Meddelandeblad \(socialstyrelsen.se\)](#)

³ Enligt 16 kap. 4 § HSL och 13 kap. 5 § SoL

Utmaningarna kan exempelvis gälla förmåga att föra sin egen talan samt förmåga till insikt om behov av samverkan, vård och stöd. Dömda till vård samt personer som lever på marginalerna är andra exempel på grupper som riskerar att falla mellan stolarna.

Med detta som grund läggs i denna överenskommelse särskilt fokus på möjligheter att öka delaktighet för dessa personer.

Befintliga överenskommelser, avtal och dokument vilka hanterar samverkan för målgruppen

Andra överenskommelser finns som anger samverkan och ansvar för primärvårdsnivå, hemsjukvård mm.

[Ansvar och uppdrag | Vårdgivarwebb RJH](#)

Definitioner av gemensamma begrepp

Psykisk funktionsnedsättning

- Funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.
- Funktionshinder är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.

Funktionsnedsättning är enligt Diskrimineringslagen (SFS 2008:567): *“varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns från födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå.”*

“En psykisk sjukdom kan leda till psykiska funktionshinder. Det är en varaktig funktionsnedsättning som **försvårar för individen att leva ett liv som andra**. Ett psykiskt funktionshinder är inte statiskt utan varierar ofta över tiden. En person med psykisk funktionsnedsättning kan därför periodvis fungera som andra men ibland ha stora svårigheter i vardagslivet.” [Hälsa - Kunskapsguiden](#)

Gemensamma mål

Mål i denna överenskommelse gäller samverkan för den enskilda personen med omställningen till Nära vård som grund.

Omställningen Nära vård

[Omställningen till Nära vård | Vårdgivarwebb RJH](#)

Jämtland Härjedalens målbild för omställningen till Nära vård är framtagen i samverkan med invånare, förtroendevalda politiker och representanter från Region Jämtland Härjedalen och samtliga kommuner. Målbilden är övergripande och berör samtliga verksamheter i våra organisationer. Målbilden är beslutad och fastställd hos respektive huvudman under hösten 2023.

Målbilden är personcentrerad och bygger på fem strategier som tillsammans ligger till grund för att nå målet; ”Tillsammans för god hälsa hela livet”.

De fem strategierna är: ökad delaktighet, ökad kontinuitet, ökad tillgänglighet, hälsofrämjande och förebyggande fokus samt ökad samordning och samverkan.

Överenskommelsens syfte

Parterna överenskommer att prioritera genomförandet och uppföljning av överenskommelsen via mål, aktiviteter och mätetal i handlingsplan psykisk hälsa och suicidprevention.

Ökad delaktighet:

- Personens inflytande och delaktighet i sina vård och stödinsatser ska garanteras
- I samverkan kring personen ska anhörigas behov av information, stöd och delaktighet uppmärksammas med särskilt fokus på behov hos barn som anhöriga.

Hälsofrämjande och förebyggande fokus:

- Att göra samhället handikappanpassat innebär mycket mer än bara att installera ramper eller hissar; det handlar om att skapa en omgivning där alla individer, oavsett deras fysiska eller kognitiva förmågor, kan delta aktivt och utan hinder.
- Huvudmännens prioriteringar ska främja insatser som syftar till tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser vilka kan begränsa funktionsnedsättningen i förhållande till den psykiska ohälsan.

Ökad tillgänglighet, kontinuitet, samordning och samverkan:

- Insatser som ges ska syfta till att personer med psykisk funktionsnedsättning ska uppleva en god livskvalité samt i möjligaste mån inte uppleva funktionshinder i förhållande till sin vardag och i relation till sin omgivning.
- Organisationsgränserna ska inte vara något hinder för att ge den enskilde den vård och omsorg som behövs. Strävan mot att personen ska ha en upplevelse av sömlöst stöd och hjälp.
- Personen själv, vårdnadshavaren eller den anhörige/närstående ska inte bli drabbad av oenighet mellan huvudmännen och/eller tvingas att ta den samordnande rollen.

Ansvarsfördelning och rutiner

De mål som fastslagits i denna överenskommelse utgår från de fem strategierna i Gemensam plan för primärvårdsnivå.

I denna plan finns tre vägledande principer utifrån ett invånar- och medarbetarperspektiv:

1. Vad är viktigt för invånaren?
2. Vi gör det tillsammans.
3. Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter.

Dessa vägledande principer ska följas gällande ansvarsfördelning i samarbete kring enskilda personer inom områden där gemensamma insatser krävs.

Generellt för målgruppen
Gemensamt ansvar
<ul style="list-style-type: none">• Agera i enlighet med befintliga Avtal, samverkan & uppföljning Vårdgivarwebb RJH• Samverkansavtal för hemsjukvård Hälso- och sjukvård Vårdgivarwebb RJH Inklusive bilagor exempelvis - Bedöma den enskildes förmåga att själv ta ansvar för medicinering och/eller andra sjukvårdsinsatser, samt vid behov initiera hemsjukvård.• Utveckla arbets sätt utifrån personcentrerat förhållningssätt Personcentrerat förhållningssätt Vårdgivarwebb RJH

<ul style="list-style-type: none"> • Kalla till samordnad individuell planering (SIP) vid behov Samordnad individuell plan - SIP Vårdgivarwebb RJH • Upptäckt och tidig intervention • Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar • Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, vid behov samordnad) • Kunskapsstyrning Vårdgivarwebb RJH Utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap vilken tillgängliggörs genom kunskapsstöd Psykisk hälsa Vårdgivarwebb RJH • Erbjud Psykosocialt- och psykoedukativt stöd till individen, anhöriga/närstående • Hjälpmedel regleras i Överenskommelse avseende medicintekniska produkter Hjälpmedelshandbok, hjälpmedelspolicy och MTP överenskommelsen. Vårdgivarwebb RJH • Vid behov utse en fast vårdkontakt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vem får utse fast vårdkontakt till en patient? (särskilt reglerad). För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen • Erbjud stöd till anhöriga och specifikt till barn som anhöriga Säkra stödet till barn som anhöriga - Socialstyrelsen 	
Kommunens ansvar	Regionens ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla elevhälsa • Erbjud hälso-och sjukvård på primärvårdsnivå i enlighet med gällande samverkansavtal • Utredning och bistånd/insats enligt SoL, LVU och LSS • Erbjud stöd till anhöriga och närstående genom motiverande och familjeorienterade insatser • Upptäcka och stödja barn som anhöriga när föräldrar har skadligt bruk/beroende, psykisk ohälsa eller andra allvarliga svårigheter som kan påverka föräldraskapet och barns hälsa och utveckling • Samordning av stödjande insatser för en meningsfull och fungerande vardag genom boende och meningsfull sysselsättning, i vissa fall i samverkan med andra aktörer (Försäkringskassan och Arbetsförmedling) • Verksamhet med personligt ombud 	<ul style="list-style-type: none"> • Erbjud hälso- och sjukvård, medicinsk diagnostik och behandling på specialiserad nivå och primärvårdsnivå i enlighet med gällande samverkansavtal • Psykologisk behandling • Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd enligt HSL och patientsäkerhetslag • Erbjud stöd till anhöriga och närstående • LSS/Habiliteringen ger rådgivning och annat personligt stöd till personer med omfattande och varaktiga funktionshinder, som ställer krav på särskild kunskap • Motverka somatisk ohälsa, skada och för tidig död • Bistå med bedömning/intyg • Sammankalla till SIP vid utskrivning från slutenvård
Barn med misstanke om funktionsnedsättning/utredning	
Gemensamt ansvar	
<p>För länsgemensamma rutiner gällande barn med misstanke om funktionsnedsättning hänvisas till befintliga riktlinjer, överenskommelser och avtal vilka tillgängliggörs på samverkanssidan Barn och unga Vårdgivarwebb RJH</p>	

Ökad delaktighet

Patient- Brukarmedverkan

Brukarmedverkan kan delas in i tre nivåer, systemnivå, verksamhetsnivå samt individnivå.

Systemnivå

Möjlighet att kunna påverka på en organisatorisk och strategisk nivå, ex. vid utformande av vårdprogram, riktlinjer eller politisk påverkan. I sammanhang där arbete bedrivs och beslut fattas som rör stora delar av regionens invånare.

Verksamhetsnivå

Möjlighet till inflytande i processer/beslut som rör en verksamhets planerings- eller utvecklingsarbete.

Individnivå

Den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation.

System och Verksamhetsnivå: Ett sätt att beskriva delaktighet på system och verksamhetsnivå är en variant av SKR:s delaktighetstrappa. Denna beskriver olika grader av delaktighet och vad som förväntas inom ramen för samverkan/deltagande. Ger stöd för att tidigt enas om vad avsikten med den planerade brukarmedverkan ska vara.

Modellen visualiseras nedan och ska användas som underlag för dialog när det i samverkan mellan region och kommuner bedöms aktuellt att ha ett invånarperspektiv i utvecklings/förbättrings/utredningsarbete.



Individnivå: En omställning till Nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i sättet att arbeta.

Verksamheter som arbetar inom vård, stöd och omsorg ska involvera och göra personerna som de är till för mer delaktiga vid planering, utförande och uppföljning av insatser – vilket är det centrala inom det personcentrerade arbetssättet. Det personcentrerade arbetssättet är en av grundpelarna i omställningen till Nära vård.



Hur individuella planer ska upprättas

Personer som har behov av insatser och stöd från både hälso- och sjukvård och socialtjänst kan behöva samordning av insatser. Samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg som ska användas vid behov av samordning och som bidrar till ett helhetsperspektiv, delaktighet och avlastning för individen.

[Samordnad individuell plan - SIP - Region Jämtland Härjedalen \(regionjh.se\)](https://regionjh.se)

Att genomföra en lyckad SIP för en person med psykisk funktionsnedsättning kan i vissa fall innebära specifika utmaningar. Deltagande av person som den enskilde har förtroende för kan vara en förutsättning. Det kan exempelvis vara personligt ombud som kan vara stöd och/eller företräda den enskilde.

Samverkan in och utskrivning slutenvård samt gällande samordnad vårdplanering öppen psykiatrisk tvångsvård hänvisas till rutin på samverkanssidan.

[Rutiner och arbetssätt | Vårdgivarwebb RJH](#)

Personligt ombud

Det personliga ombudets uppgift är att ge stöd så att personen med psykisk funktionsnedsättning får sin röst hörd och se till att denne får de insatser som stöder egna önskemål och målsättningar

Utvärderingar av Personligt ombud – verksamheten visar på utveckling mot ett aktivare och självständigare liv, samtidigt som behovet av olika vård- och stödtjänster minskar. Personligt ombud leder till en ökning av sådana insatser, som förstärker ett aktivt och självständigt liv medan tunga och passiverande stödformer klart minskar.

Personligt ombud- verksamheten utgår från klientens uppdrag och bör fungera självständigt och oberoende av myndigheter och andra serviceproducenter.

[Personligt ombud - Östersund.se \(ostersund.se\)](https://ostersund.se)

Anhörigas delaktighet och behov av stöd

Vård och stöd till personer med funktionsnedsättning i någon form innefattar även stöd till anhöriga och Närstående. Anhörigas situation är ett viktigt område. Enligt den nationella anhörigstrategin [S2022/02134](#) behöver välfärdens insatser ges med ett anhörigperspektiv. Det innebär att vården och omsorgen utförs med beaktande också av anhörigas behov. Anhörigvården är mycket omfattande i Sverige. Våra arbetssätt

får inte leda till att ytterligare vård- och omsorgsansvar läggs på anhöriga. I arbetet med delaktighet och information måste alltid hela familjens hälsa och mående värderas och beaktas.

Anhöriga, inte minst barn, kan ha behov av hjälp och stöd. Barn har rätt till skydd mot våld, rätt till utbildning och rätt till social trygghet. Barn ska få uttrycka sin mening, bli lyssnade på och behandlas med respekt. I alla situationer där professionella möter personer som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation särskilt uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses. Stödet kan ges via föräldrarna eller direkt till barnet. (5 kap. 7 § HSL)

Anhörigas delaktighet är viktigt i både kommunernas och i regionens stöd till individerna – men extra viktigt blir det när individerna har insatser från både kommun och region.

Spridning, genomförande, uppföljning, utvärdering

Spridning

Parterna är överens om att innehållet i denna överenskommelse sprids och förankras bland berörda medarbetare inom respektive organisation och med brukarorganisationerna.

Överenskommelsen ska förankras hos de verksamheter vilka har den lagstadgade skyldigheten. Förankring sker via de politiska och tjänstemannaarenor som berörs genom fastställda samverkansformer.

[Samverkansarenor](#) | [Vårdgivarwebb RJH](#)

Överenskommelsen kan påverka fler förvaltningar och det kan i specifika frågor vara nödvändigt med spridning till andra förvaltningar / verksamheter för att synliggöra vikten av att möta hela livets behov.

Genomförande, uppföljning och utvärdering

Aktuell handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen utgör verktyg för att uppnå överenskommelsens syfte, aktivitetens genomförande, uppföljning och utvärdering.

Handlingsplanen är därmed en förlängning till alla överenskommelser som på något sätt berör område psykisk hälsa.

Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – område psykisk hälsa och suicidprevention

Handlingsplan tas fram av Kommunförbundet Jämtland Härjedalen och Region Jämtland Härjedalens strategier, i samverkan med verksamhetsrepresentanter i kommunerna och regionens samt brukarorganisationer. Handlingsplanens upplägg följer ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention och lyfts för godkännande i beslutande samverkansarenor. [Samverkansarenor](#) | [Vårdgivarwebb RJH](#)

Handlingsplanen innehåller både kortsiktiga och långsiktiga mål, utvecklingsområden och aktiviteter inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Identifierade utvecklingsområden ska resultera i prioriterade aktiviteter med tydlig målformulering i länsplan. Ansvar för aktiviteterna ska tydliggöras vilket ska ses som ett stöd för implementering av överenskommelsen hos respektive huvudman.

Utvecklingsområden, mål och resultat av aktiviteterna i handlingsplanen ska följas upp fortlöpande samt vid årlig revidering av handlingsplanen. Handlingsplan inklusive uppföljning tillgängliggörs via hemsida för samverkan mellan region och länets kommuner.

[Samverkan kommun och region | Vårdgivarwebb RJH](#)

Uppföljning /utvärdering av överenskommelsen via handlingsplan

Huvudsyfte med uppföljning är att ur flera perspektiv synliggöra hur huvudmännen lyckas gällande samverkan på individnivå för personer i målgruppen.

Utvärdering av överenskommelse sker årligen via uppföljning av prioriterade mål och aktiviteter i länsgemensam handlingsplan för psykisk hälsa och suicidprevention, vilken redovisas i samverkansarenor.

Parterna är överens om att det är prioriterat att arbeta för en utveckling av hur kommun och region i samverkan kan nyttja avvikelser som lärande och grund för förbättringsarbete.

Hantering av oenighet samverkan

Om en part anser att överenskommelsen inte följs skall detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer på motsvarande nivå i kommunen och region. Avvikelser lyfts i lokal samverkansarena och vid eventuellt fortsatt oenighet eller behov av tolkning av innehållet i överenskommelsen, lyfts detta i till högre beslutande samverkansarenor.

Huvudman där behov uppmärksammas i det aktuella fallet ansvarar för att samordna insatserna fram till dess annat överenskommit, oenighet är löst.