

Lagrådsremiss

Vissa psykiatrifrågor m.m.

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 8 april 2009

Göran Hägglund

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Hälso- och sjukvården och dess personal får i HSL och LYHS en skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd bl.a. om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en allvarlig fysisk sjukdom. Vidare föreslås att kommuners och landstings skyldigheter i fråga om gemensam individuell planering och gemensamma överenskommelser om samarbete regleras i såväl SoL som HSL. Lagförslagen föreslås träda ikraft den 1 januari 2010.

Innehållsförteckning

1	Beslut.....	3
2	Lagförslag.....	4
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	4
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.....	6
2.3	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	7
3	Ärendet och dess beredning.....	9
4	Information, råd och stöd till barn.....	9
5	Överenskommelser om samarbete.....	13
6	Individuell plan.....	17
7	Ikraftträdande.....	26
8	Konsekvenser av förslagen.....	26
9	Författningskommentar.....	28
9.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	28
9.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.....	31
9.3	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	31
Bilaga 1	Författningsförslag i Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).....	33
Bilaga 2	Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).....	39
Bilaga 3	Författningsförslag i Promemoria om information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m. (S2006/9394/HS).....	41
Bilaga 4	Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över Promemoria om information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m. (S2006/9394/HS).....	43

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,
3. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska införas tre nya paragrafer, 2 g, 3 f och 8 a §§, av följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 g §

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har

1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt dör.

3 f §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. En sådan plan ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att en sådan plan upprättas.

Av planen ska framgå

1. vilka insatser som behövs,

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen, och

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Om det är lämpligt ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om inte den enskilde motsätter sig det.

8 a §

Landstinget ska träffa en överenskommelse med kommunen om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. När det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på utformningen av överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. 1 a §¹

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen *skall* i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ denna lag och av sekretesslagen (1980:100).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen *ska* i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ denna lag och av sekretesslagen (1980:100).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har

1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt dör.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

¹ Senaste lydelse 2003:418.

2.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 7 § och 5 kap. 8 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. En sådan plan ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att en sådan plan upprättas.

Av planen ska framgå

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Om det är lämpligt ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om inte den enskilde motsätter sig det.

5 kap.

8 a §

Kommunen ska träffa en överenskommelse med landstinget om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. När det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på utformningen av

överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen tillkallade den 23 oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133) med uppdrag att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Utredningen antog namnet Nationell psykiatrisamordning. Nationell psykiatrisamordning överlämnade den 27 november 2006 slutbetänkandet *Ambition och ansvar – nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100) till regeringen. I slutbetänkandet har Psykiatrisamordningen bl.a. lämnat förslag till vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) när det gäller landstingens skyldigheter i fråga om gemensam individuell planering och överenskommelser om samarbete. Utredningen lämnade dessutom förslag till vissa ändringar i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) avseende kommuners skyldigheter i dessa avseenden, och om att införa boendestöd som en särskild insats i SoL.

Psykiatrisamordningens förslag, i de delar som nämnts ovan, behandlas i lagrådsremissen, med undantag för förslaget om att införa boendestöd som en särskild insats i SoL. Regeringen anser att den frågan kräver ytterligare överväganden. Psykiatrisamordningens författningsförslag från slutbetänkandet i den nu aktuella delen finns i *bilaga 1*. Slutbetänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 2*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2006/9394/HS).

Inom Regeringskansliet har utarbetats en särskild promemoria (S2006/9394/HS) där förslag lämnas till vissa ändringar i HSL och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I promemorian föreslås att hälso- och sjukvården och dess personal får en skyldighet att lämna information, råd och stöd till barn som befinner sig i särskilt utsatta situationer. Promemorians förslag behandlas i lagrådsremissen. Promemorians författningsförslag finns i *bilaga 3*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 4*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2006/9394/HS).

4 Information, råd och stöd till barn

Regeringens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område införs bestämmelser om att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt dör.

Promemorians förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. I promemorians förslag begränsas personkretsen till föräldrar när det gäller beaktandet av barns behov av information, råd och stöd.

Remissinstanser: Så gott som alla remissinstanser har tillstyrkt eller inte motsatt sig förslaget. Flera remissinstanser, bl.a. *Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph)*, *Schizofreniförbundet*, *Justitiekanslern (JK)*, *Barnombudsmannen*, *Örebro läns landsting*, *Landstinget i Hallands län* och *Malmö stad*, välkomnar också förslaget. Några remissinstanser, däribland *Statens folkhälsoinstitut*, *Barnskyddsutredningen (S 2007:14)* och *Riksförbundet Ungdom för Social hälsa (RUS)*, menar att begreppet ”förälder” bör ersättas med begreppet ”närstående vuxna” eller något annat liknande begrepp. *Socialstyrelsen* anser att förslaget innebär att för detaljerade bestämmelser anges i en ramlag. *Justitieombudsmannen (JO)* tillstyrker förslaget men förordar en annan författningsteknisk lösning. *Rädda Barnen* avstyrker förslaget med motiveringen att hälso- och sjukvårdens ansvar bör beskrivas ännu tydligare än vad som föreslås i promemorian.

Skälen för regeringens förslag

Bakgrund

I sitt slutbetänkande riktade Barnpsykiatrikommittén – som bl.a. hade i uppdrag att överväga och föreslå insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem om de väl har uppstått, fördjupas och befästs – uppmärksamhet på några särskilt sårbara riskgrupper. Dessa riskgrupper utgjordes av barn till föräldrar med missbruk, barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning och i vissa fall barn till föräldrar med en allvarlig sjukdom (SOU 1998:31, s. 128). Enligt kommittén hade samhället ännu inte tagit sitt fulla ansvar att tidigt identifiera dessa barn och att i samarbete mellan myndigheter se till att de får stöd och hjälp. För att stärka barnens ställning och påskynda utvecklingen föreslog Barnpsykiatrikommittén en skyldighet för vuxenpsykiatri att underrätta sig om barnens situation och behov samt att ta ansvar för att barnen får information om föräldrarnas sjukdom eller funktionsnedsättning och i förekommande fall adekvat stöd. Barnpsykiatrikommitténs förslag ledde inte till lagstiftning.

Nationell psykiatrisamordning ansåg i sitt slutbetänkande att tydliga rutiner borde finnas i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom (SOU 2006:100 s. 202). Enligt utredningen har vuxenpsykiatri, men även primärvården, en central ställning att upptäcka barnen och initiera stöd till barn och föräldrar eftersom de har kunskap om föräldrarnas sjukdom. Detta kräver att ett barn- och familjeorienterat arbetssätt utvecklas inom hälso- och sjukvården och att ett nära samarbete skapas mellan vuxenpsykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst, skola med flera berörda aktörer. Enligt utredningen uppmärksammar inte primärvård och specialistpsykiatri barns och syskons situation i tillräcklig omfattning. Utredningen fann att insatser till barn och ungdomar i

utsatta situationer redan är ett tydligt ansvar för socialtjänst och hälso- och sjukvård och att detta följer av gällande reglering (a.a., s. 207). Enligt utredningens bedömning fanns det dock skäl för regeringen att noga följa utvecklingen och att överväga om en lagändring krävs om behovet av förbättringar inte tillgodoses.

Två tredjedelar av landets samtliga psykiatriska kliniker besvarade under våren 2006 en enkät som Nationell psykiatrisamordning skickade ut till alla kliniker i landet. Enkäten innehöll bl.a. frågor om vilket stöd klinikerna erbjuder barn till psykiskt sjuka föräldrar, samt vilket stöd som erbjuds i samarbete med andra aktörer. Drygt hälften av de svarande uppgav att de hade särskilda rutiner för hur barn till föräldrar med psykisk sjukdom skulle bemötas. Nästan 90 procent uppgav att de tyckte att något saknades i klinikens utbud beträffande stöd till barnen (SOU 2006:100, s 204 f).

Lagstiftningen ska förtydligas

Regeringen anser att insatser riktade till barn är prioriterade. Det gäller såväl barn som själva riskerar att utveckla eller som har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning som barn som tydligt påverkas av att någon förälder har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Detsamma gäller barn som har en förälder som har en allvarlig somatisk sjukdom eller en förälder med ett missbruk. Det är varje barns rättighet att bli uppmärksammas och få det stöd och den hjälp som han eller hon är i behov av i en sådan utsatt situation. Med utgångspunkt i bedömningen från Nationell psykiatrisamordning anser regeringen att lagstiftningen behöver förtydligas.

Mot denna bakgrund ska det införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) som ger hälso- och sjukvården och dess personal skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt dör.

Regeringen har under 2008 initierat ett nationellt projekt för att utbilda psykiatrins och primärvårdens personal i Beardslees familjeinterventionsmetod (regeringens beslut den 26 juni 2008, S2008/5120/HS). Det är en evidensbaserad psykopedagogisk samtalsmetod som hjälper föräldrar och barn att komma igång med samtal om svåra saker på ett varsamt sätt. Utbildningssatsningen är ett komplement till en lagreglerad skyldighet som tillförsäkrar barn i särskilt utsatta situationer tillgång till den information, den rådgivning och det stöd som de är i behov av. En sådan skyldighet stärker barnperspektivet och lyfter barnens rättigheter i dessa sammanhang.

Några remissinstanser, däribland *Barnskyddsutredningen*, *Rädda Barnen* och *Statens folkhälsoinstitut*, har i sina remissvar anfört att föräldrar utgör en alltför snäv personkrets i sammanhanget och förordat att

lagförslagen även ska omfatta andra vuxna som står barnet nära och är viktiga för barnets trygghet. Regeringen instämmer i den bedömningen och anser att lagtexten ska kompletteras på så sätt att även en vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med ska ingå i personkretsen. Formuleringen är avsedd att träffa vuxna som har den faktiska vårdnaden om barnet, t.ex. familjehemsföräldrar och styvföräldrar. Syskon bör däremot inte inkluderas eftersom personkretsen då skulle bli alltför vid. I de fall ett syskon t.ex. insjuknar i en psykisk sjukdom finns det sannolikt föräldrar eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med som kan beakta barnets behov av information, råd och stöd.

Barnombudsmannen, Gagnefs kommun och Malmö Stad har anfört att även föräldrar med nedsättning av den intellektuella funktionsförmågan bör ingå i personkretsen. Regeringen anser att barns behov i dessa fall främst ska beaktas av socialtjänsten. I den mån en förälder med nedsättning av den intellektuella funktionsförmågan t.ex. råkar ut för en allvarlig fysisk sjukdom faller situationen naturligtvis inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

Rädda Barnen och Barnskyddsutredningen har förordat att ordet plötsligt ska utgå ur lagtexten och att bestämmelsen om information, råd och stöd ska riktas mot alla barn som har en förälder som dör. Regeringen anser inte att bestämmelsen bör utvidgas på detta sätt. I de fall ett dödsfall inte sker plötsligt torde barnets behov redan vara beaktat i lagförslagen.

Inte heller anser regeringen att uttrycket ”särskilt beakta” bör bytas mot ”ansvara för att” vilket framförts av bl.a. *Rädda Barnen*. En sådan ändring skulle ge bestämmelsen en helt annan betydelse.

JO och Rädda Barnen har anfört att en annan författningsteknisk lösning i HSL, än den som föreslås i promemorian, bör väljas. Skälen för detta är att det i 2 f § första stycket HSL sägs att hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Med den valda författningstekniska konstruktionen kan det finnas en risk för att bestämmelsen i 2 f § HSL kommer att läsas på så sätt att hälso- och sjukvårdens skyldigheter enligt första stycket skulle vara styrande för de nya styckena i förslaget, vilket sannolikt inte har varit avsikten. Regeringen instämmer i denna bedömning och föreslår därför att bestämmelsen ges i en egen paragraf i HSL omedelbart efter 2 f §.

5 Överenskommelser om samarbete

Regeringens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i socialtjänstlagen (2001:453) införs bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. När det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna.

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att arbeta en vägledning om vad överenskommelserna bör innehålla.

Nationell psykiatrisamordnings förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Psykiatrisamordningens förslag är mer detaljerat.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har till största delen varit positiva till förslaget. *Socialstyrelsen* har därvid framfört att frivilliga riktlinjer för långsiktig samverkan inte varit tillräckliga. Några remissinstanser, bl. a. *Justitieombudsmannen (JO)* och *Landstinget i Skåne*, har dock ifrågasatt behovet av att lagstifta om samverkan och bl.a. några kommuner har istället efterfrågat en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen. *Socialstyrelsen* m.fl. har framfört att fler grupper än personer med psykiska funktionshinder borde kunna omfattas av överenskommelserna. Flera remissinstanser, bl.a. *JO* och *Socialstyrelsen*, har också påpekat att detaljregler om innehållet i överenskommelserna inte bör anges i lag. *Socialstyrelsen* har framhållit att innehållet istället bör kunna regleras i myndighetsföreskrifter.

Skälen för regeringens förslag

Viktigt att kommuner och landsting samarbetar

Både landstingen och kommunerna har ansvar för insatser för människor med psykisk funktionsnedsättning. Landstingens ansvar handlar framförallt om hälso- och sjukvårdsbehoven och kommunernas ansvar avser bl.a. olika former av insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL). I lagstiftningen har inte på detaljnivå reglerats hur ansvaret för och framförallt övergången mellan olika insatser ska fördelas. Det är därför av stor vikt att landstingen och kommunerna själva samordnar sina insatser och samverkar kring dessa.

I SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) finns ett antal bestämmelser som anger att kommuner och landsting kan, får och ska samverka i olika frågor. Bestämmelserna anger bl.a. att kommuner och landsting kan eller ska samverka om vissa insatser, beträffande vissa grupper av personer eller med andra organ. Med få undantag (t.ex. i fråga om läkarresurser till särskilda boenden enligt 26 d § HSL) finns dock inte någon skyldighet för kommuner och landsting att ingå formaliserade överenskommelser.

Varför behövs lagkrav på att ingå överenskommelser?

Med utgångspunkt från det perspektiv som personer med psykisk funktionsnedsättning och deras närstående har är det viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Överenskommelser behövs även för yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, särskilt i frågor där det kan uppstå konflikter.

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna. Dessa inriktningar har sällan de avtal och överenskommelser som finns i dag.

Nationell psykiatrisamordning gjorde i slutbetänkandet (SOU 2006:100) bedömningen att en frivillig möjlighet för kommuner och landsting att ingå samarbetsavtal hittills inte varit tillräcklig för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande i gråzonerna som uppstår mellan huvudmännens lagstadgade ansvarsområden. I stället, menade utredningen, bör det finnas en obligatorisk skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning.

Bland remissinstanserna har tveksamheter framkommit angående behovet av att lagstifta om samverkan. De flesta är dock positiva till detta och menar att lagstiftning är ett sätt att markera vikten av samverkan.

Ett antal kommuner och landsting har i dag någon form av gemensamma styr- eller samverkansdokument, men det handlar i de flesta fall om överenskommelser om vissa rutiner för samverkan. Enligt Nationell psykiatrisamordning saknas ofta gemensamma mål och principer samt ställningstaganden kring ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Regeringen anser att det är viktigt att alla landsting och kommuner kommer överens om hur behovet av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Även om ett större antal kommuner och landsting kunnat redovisa någon form av samarbetsdokument så finns det anledning att konstatera, liksom Socialstyrelsens gjort vid sin tillsyn, att de gemensamma styr- och samverkansdokument som kan få verklig betydelse för ett gemensamt ansvarstagande är för få och att utvecklingen går för långsamt.

Regeringens bedömning är därför sammantaget att en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning är det bästa sättet att snabbt nå mer samordnade insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. En skyldighet att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas. Det kan därför sägas vara en styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av

helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.

En lagstadgad skyldighet måste emellertid vägas mot respekten för det kommunala självstyret. Samtidigt kan det konstateras att kommuner och landsting inom psykiatriområdet har ett ansvar som inte är möjligt att ta fullt ut utan samverkan. Regeringen anser därför att behovet av lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser väger tyngre än det kommunala självstyret. Förslaget är dessutom en ringa inskränkning i det kommunala självstyret i förhållande till vad som redan gäller inom detta område.

Kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, t.ex. genom en samverkansnämnd, och därmed redan har ingått överenskommelser om samverkan för målgruppen behöver med anledning av detta förslag inte träffa några överenskommelser därutöver.

Överenskommelsernas syfte och omfattning

Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödsinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Det har framförts remissynpunkter om att en lagreglering om överenskommelser mellan huvudmännen kan vara lika angelägen för andra personer med omfattande behov av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst som för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Regeringen anser dock att behovet av samtidiga och väl samordnade insatser är särskilt stort för dem med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

Skyldigheten begränsas därför till insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns dock inga hinder för kommuner och landsting att ingå överenskommelser även beträffande andra.

Nationell psykiatrisamordning menade att lagstiftningen skulle reglera innehållet i överenskommelserna på en detaljerad nivå. Regeringen anser dock, vilket stöds av flera remissinstanser, bl.a. *Justitieombudsmannen*, att det inte bör föras in detaljerade bestämmelser om överenskommelsernas innehåll i lagen. Kommuner och landsting kan dock behöva vägledning i fråga om vad överenskommelserna ska omfatta. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att ta fram en vägledning om vad sådana överenskommelser bör innehålla.

Kommun, landsting och privata aktörer

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget (3 § HSL). Det är därför landstinget som ska ha skyldigheten att ingå överenskommelserna. När det gäller kommunerna delar regeringen bedömningen från Nationell psykiatrisamordning att det ska vara kommunen, och inte dess nämnder, som ska ha skyldigheten att ingå överenskommelser med landstinget.

Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL har slutit avtal med.

Brukarorganisationernas inflytande

De organisationer som företräder personer med psykisk funktionsnedsättning, dvs. patienter inom hälso- och sjukvården och brukare samt närstående, bör när det är möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på utformningen av överenskommelserna. Syftet med kravet är att överenskommelserna ska utformas utifrån intressen hos dem som har behov av tjänsterna och inte bara innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art.

Samarbetet bör ske när det är möjligt. I vissa landsting och kommuner saknas företrädare för de organisationer som kan komma i fråga, eller representationen är så svag att fungerande samarbetsformer inte kan upprättas. Det är viktigt att landstingen och kommunerna anstränger sig för att få till stånd en fungerande kontakt med brukarorganisationer. Detta innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna avtalens innehåll.

Uppföljning av överenskommelserna

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11). Dessa innebär bl.a. att det ska säkerställas att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete – både det externa och det interna och att det ska finnas rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare föreskrivs att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister ska utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet.

Enligt 2 a § första stycket HSL ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet, och enligt andra stycket ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 31 § samma lag ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt 2 kap. 4 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska vårdgivarna inrätta ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetsarbetet ska bl.a. utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp. Enligt 3 kap. 1 § i samma föreskrifter ska vårdgivaren fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Ledningssystemet ska bl.a. (4 kap. 4 § samma föreskrifter) omfatta samarbete

kring vården av enskilda patienter, och samverkan mellan olika yrkesgrupper, funktioner, verksamheter m.m.

Regeringen anser att en viktig förutsättning för att insatser som behövs samordnas mellan kommunen och landstinget ska vara av god kvalitet är att det finns en överenskommelse om samarbetet och hur det ska vara strukturerat. Kommunernas och landstingens kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten ska därför även omfatta uppföljning av överenskommelserna och att dessa fungerar som det är tänkt.

6 Individuell plan

Regeringens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i socialtjänstlagen (2001:453) införs bestämmelser om att landsting och kommun tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och från hälso- och sjukvården.

En plan ska upprättas när ett landsting eller en kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att en sådan plan upprättas. Kommunen och landstinget ska påbörja arbetet med planen utan dröjsmål. Av planen ska framgå uppgifter om vilka insatser som behövs och vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för. I planen ska också redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen och landstinget. Av planen ska framgå vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Om det är lämpligt ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om inte den enskilde motsätter sig det.

Nationell psykiatrisamordnings förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Alla remissinstanser har i princip tillstyrkt förslaget eller inte motsatt sig det. Många remissinstanser, bland dem flera kommuner och landsting, har dock framfört att det finns risk för sammanblandning med andra planer. Vidare har bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* ansett att det är oklart vilka personer som omfattas av planeringsskyldigheten och inom vilken tid planerna ska upprättas. *Justitieombudsmannen (JO)* har anfört att det är av stor vikt att det av en bestämmelse som ålägger någon en skyldighet klart och tydligt framgår när skyldigheten inträder. *Landstinget i Skåne* m.fl. har påpekat att det finns uppenbara svårigheter med att effektuera en kallelse efter en dag. *Socialstyrelsen* och *JO* har haft synpunkter på att det av lagtexten inte framgår att den enskildes samtycke krävs för att planen ska upprättas. *Socialstyrelsen* har vidare påpekat att planen inte ska innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. *Hällefors kommun* och *Norbergs kommun* har anfört att det krävs ekonomiskt stöd för att genomföra det arbete som följer av förslaget.

Skälen för regeringens förslag

Varför behövs det lagstiftning om individuella planer?

I 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) slås fast att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar. Det finns också ett antal bestämmelser om skyldigheter för landstingets hälso- och sjukvård att på individnivå samverka med kommunerna och andra samhällsorgan. Exempelvis ska landstingets hälso- och sjukvård tillsammans med bl.a. kommunens socialtjänst i vissa fall upprätta en vårdplan för den som skrivits ut från slutna hälso- och sjukvård (10 b § lagen [1990:1404] om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård). Även i bl.a. lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och SoL finns bestämmelser om individuella planer för vissa grupper (se närmare nedan angående andra planer). Det finns dock ingen generell regel som ger kommuner och landsting i uppdrag att gemensamt upprätta individuella planer för alla enskilda som behöver det. I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (4 kap. 4 § SOSFS 2005:12) ställs dock krav på rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av den enskilda patientens vård. Detta gäller t.ex. överföring av information om enskilda patienter och samverkan i vårdprocesserna mellan olika yrkesgrupper, funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare.

Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68) föreslog att landsting och kommuner skulle ha krav på gemensam vårdplanering för de patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt eller ordinärt boende. Regeringen gjorde dock den bedömningen, vilket framgår av prop. 2005/06:115, att förslaget inte borde genomföras, bland annat med hänvisning till att Socialstyrelsen redan hade utfärdat föreskrifter.

Det finns alltså redan i dagsläget lagstiftning och föreskrifter om individuella planer och vårdplaner som på olika sätt syftar till att säkerställa individens behov. Den individuella plan som här föreslås skiljer sig dock från övriga planer i det att den gäller alla enskilda och att den syftar till att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses.

Regeringen bedömer att den föreslagna lagstiftningen om gemensamma individuella planer krävs för att tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar för personer med behov från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

Lagstiftning om ansvar att upprätta individuell plan

Psykiatriutredningen angav i sitt slutbetänkande Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73) ett samordnande organ (kommunen) som en hörnsten i genomförandet av psykiatireformen. Detta uttrycks dock inte i lagstiftningen och det framgår inte

heller tydligt av propositionen (prop. 1993/94:218) om avsikten var att ge kommunen ett samordningsansvar utanför sitt verksamhetsfält. Det uttrycks dock i propositionen klart att kommunerna har ett planerings- och samordningsansvar för de sociala insatserna och att man ska påtala behov av insatser hos andra myndigheter och organisationer.

Nationell psykiatrisamordning övervägde att föreslå en förstärkning av kommunens samordnande roll, för att tydliggöra vem som har huvudansvaret för planering och samordning, samt understryka att planeringen ska göras utifrån den enskildes vardagssituation och de mål som han eller hon ställer upp på olika livsområden. Samtidigt såg man argument mot att låta kommunen ha ett mera långtgående planerings- och samordningsansvar än landstinget. Den första kontakten för en person som har en psykisk sjukdom eller upplever psykisk ohälsa sker ofta med hälso- och sjukvården. I många fall är det väsentligt att planeringen inleds omedelbart och att kontakter tas med andra berörda aktörer som har ansvar för insatser som är nödvändiga för den enskilde. Det finns också personer som under långa perioder har insatser endast från hälso- och sjukvården och däremellan korta, tillfälliga kontakter med socialtjänsten. Även i sådana fall kan det gemensamma ansvarstagandet vara av avgörande betydelse. Ett förstärkt och förtydligt ansvar för bara den ena av de två huvudmännen kan uppfattas som att den som har det huvudsakliga planerings- och samordningsansvaret också själv ska svara för insatserna, istället för att skapa incitament för ett gemensamt ansvarstagande. Risker är särskilt stora om ansvaret ligger hos kommunen som också har det yttersta ansvaret för att den som vistas i kommunen ska få det stöd och den hjälp han eller hon behöver (2 kap 2 § SoL). Detta skulle kunna få konsekvensen att det ekonomiska ansvaret fördelas på ett sätt som inte överensstämmer med den gällande lagstiftningen och att kommunen tvingas utföra tjänster som den inte har kompetens för, vilket kan drabba den enskilde på ett negativt sätt. Om båda huvudmännen i stället får ett likalydande ansvar för planering och samordning minskas incitamenten för de berörda huvudmännen att vältra över ansvaret på någon annan.

Mot den bakgrunden menade Nationell psykiatrisamordning i sitt slutbetänkande att båda huvudmännen bör ha ett likalydande ansvar för att upprätta en individuell plan och samordna insatserna kring den enskilde.

Regeringen instämmer med Nationell psykiatrisamordning i att ett likalydande ansvar för kommuner och landsting att upprätta en individuell plan är det mest lämpliga för att åstadkomma en struktur för att samordnat tillgodose behovet hos de personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vilka omfattas av bestämmelserna?

Enligt Nationell psykiatrisamordnings förslag skulle kommuner och landsting vara skyldiga att upprätta planer för alla som har behov av det, inte bara för vissa personer, t.ex. de med psykisk funktionsnedsättning. Flera remissinstanser påpekar dock att det behövs ett förtydligande avseende vilka personer förslaget omfattar.

Regeringen delar bedömningen från Nationell psykiatrisamordning. De föreslagna bestämmelserna är inte tänkta att avgränsas till enbart perso-

ner med psykisk funktionsnedsättning utan är avsedda att omfatta även andra personer som behöver en individuell plan för att få sina behov tillgodosedda. Missbruksvården och äldreomsorgen är exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården.

Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte heller avgränsad till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till både vuxna och barn. Vidare är skyldigheten inte tänkt att begränsas till personer med stora och omfattande behov, utan gälla alla människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Planeringsskyldigheten ska gälla när det finns ett behov

En viktig utgångspunkt för de föreslagna bestämmelserna avseende individuella planer är att planeringen inte ska innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. En individuell plan ska därför bara upprättas när det finns ett behov av en sådan.

Nationell psykiatrisamordning menade att en individuell plan alltid skulle upprättas så snart en enskild begärde det. Regeringen anser emellertid att det är rimligt att landsting och kommuner ges ansvaret att avgöra om en individuell plan behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Förslaget är därför utformat så att det faller på de två huvudmännen att avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör, så som förslaget är tänkt, vara undantagsfall. *Justitieombudsmannen* har framfört synpunkter på att det måste framgå tydligt när skyldigheten att upprätta planer inträder. Genom att förklara syftet med planerna, och även ange exempel på när planer som huvudregel ska upprättas anser regeringen att det framgår tillräckligt tydligt när skyldigheten inträder. På samma sätt som med många andra skyldigheter i närliggande lagstiftning ankommer det i slutändan på en behovsbedömning av berörda myndigheter (se t.ex. 10 b § lagen [1990:1404] om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård).

För att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste alltså en behovsbedömning göras. Omfattningen av bedömningen kan variera beroende på omständigheterna i varje enskilt fall. Uppgifterna i en epikris eller en utredning av biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen bör ha betydelse för behovsbedömningen.

En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kom-

munen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. Behovet bör följas upp och den enskilde kan behöva motiveras till att ta kontakter som är viktiga för hans eller hennes livssituation.

När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Det finns vetenskapligt stöd för att behandling för missbruk och psykisk sjukdom bör ges samtidigt. Resultatet har visat sig bli bättre om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling samtidigt jämfört med att hälso- och sjukvård ges i väntan på socialtjänstinsatser eller vice versa. Socialstyrelsen upprättade 2007 nya nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Under våren 2008 träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse som innebär att Sveriges Kommuner och Landsting ska leda ett arbete för att implementera riktlinjerna i kommuner och landsting. En ny överenskommelse om det fortsatta arbetet träffades i februari 2009. Inom ramen för de nya riktlinjerna anges vikten av samtidig vård och omsorg från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Eftersom det i dessa fall ofta är fråga om motiverande insatser är det särskilt viktigt att de som ska ge insatserna inte släpper taget, utan agerar gemensamt i syfte att förbättra den enskildes hälsa och livssituation och, när det är möjligt, nå drogfrihet.

Kommun, landsting och privata aktörer

Regeringen bedömer att skyldigheten att upprätta en gemensam individuell plan bör åligga kommun och landsting.

Enligt de bestämmelser som här föreslås kommer inte den kommunala hälso- och sjukvården att ha något planeringsansvar, vare sig enligt SoL eller enligt HSL. För en person som bor i ett särskilt boende torde detta inte vara något problem eftersom hälso- och sjukvården då kan ses som en integrerad del av socialtjänstens verksamhet. Om planeringsbehovet identifieras inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats i ett särskilt boende är det planeringsskyldigheten i SoL som är tillämplig, eftersom hälso- och sjukvård och socialtjänst knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Bedömningen kan dock bli svårare i de kommuner som också ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. I en sådan situation agerar en sjuksköterska i kommunen som t.ex. lägger om ett sår hemma hos den enskilde endast utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.

Trots detta anser regeringen inte att några bestämmelser om planeringsskyldighet för kommunal hälso- och sjukvård behövs. Kommunen bör i stället genom interna kvalitetssystem kunna säkerställa att behovet av insatser inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården blir tillgodosedda. Skulle det handla om att en sjuksköterska i kommunen upptäcker ett behov av medicinska specialistinsatser får det anses ligga inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret att kontakta landstinget för fortsatt behandling.

De bestämmelser som föreslås här ska ses som ett förtydligande av båda huvudmännens ansvar, eftersom de innebär att det är personens

samlade behov som ska uppmärksammas oavsett vilken huvudman som han eller hon har kontakt med. Planeringsansvaret innebär dock ingen rätt för en huvudman att besluta om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla. Förslaget innebär t.ex. inte att utredning och beslut enligt SoL kan göras av någon annan huvudman än kommunen.

I en enskild persons rehabiliteringsprocess kan det finnas andra viktiga aktörer än socialtjänsten och hälso- och sjukvården, t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dessa blir enligt förslaget inte skyldiga att upprätta individuella planer eller att delta i ett sådant arbete. Det föreslås dock att det i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet ska ingå att tillsammans med den enskilde och de närstående identifiera dessa aktörer, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Det kan också vara fråga om icke-offentliga organ som brukarorganisationer, sociala kooperativ och liknande.

Skyldigheten omfattar alla som har behov av socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvård, dvs. även de som får dessa behov tillgodosedda av privata vårdgivare eller andra enskilda aktörer som landsting och kommuner har slutit avtal med (se 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL). Det kommer alltså vara landstings och kommuners skyldighet att försäkra sig om att individuella planer upprättas även för patienter och klienter som erhåller vård och behandling från dessa aktörer. Detta bör kunna ske genom de avtal som träffas med enskilda aktörer.

Planens innehåll

Psykiatrisamordningen föreslog i sitt slutbetänkande en detaljerad reglering när det gäller tillvägagångssätt vid planeringens inledning.

Regeringen bedömer dock att en sådan reglering inte behövs men anser ändå att de föreslagna reglerna kommer att kräva rutiner hos huvudmännen tex. när det gäller förfarandet i samband med att en huvudman kallar den andra till planering. Rutinerna bör vara skriftliga och kända av den berörda personalen.

Planen är tänkt att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat.

Den individuella planen bör när det är lämpligt innehålla mål för insatserna. Målen bör då sättas upp dels av professionella bedömare, dels av den enskilde själv. Ibland sammanfaller sannolikt dessa mål och ibland skiljer de sig åt. I de fall det finns väsentliga skillnader bör detta framgå av planen.

Målen bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfällig uppkommen situation.

I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på de professionella som tillsammans med den enskilde och de närstående upprättar den individuella planen. I många fall behöver den enskilde stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att den professionelle är lyhörd och själv efterfrågar behoven på olika områden.

Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. I synnerhet gäller det personer som inte själva formulerar sina behov eller driver sina intressen.

Som framhållits ovan kan insatser från andra aktörer än kommun och landsting vara av stor betydelse för att den enskildes samlade behov ska tillgodoses, t.ex. rehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även dessa ska anges i planen. Eftersom planen bara kan upprättas med den enskildes samtycke kan dock insatser från andra aktörer bara redovisas om den enskilde medger det.

Regeringen föreslår även att det i planen anges vilka insatser respektive huvudman svarar för. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för den enskilde och de närstående, men som är tämligen okomplicerad, t.ex. att kommunen ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppkommer på nätter och helger. Men det kan också vara fråga om ett skraddarsytt samarbete kring en viss individ, t.ex. vem som ska reagera när en person som missbrukar slutar delta i en sysselsättningsverksamhet och vad reaktionen ska leda fram till.

För att den individuella planen ska utgöra ett effektivt stöd för alla inblandade parter ska huvudmännens ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt. Om det t.ex. finns ett biståndsbeslut om en insats ska omfattningen av beslutet framgå, och det räcker inte med allmänna formuleringar som att kommunen svarar för stöd i vardagen. På liknande sätt ska innehållet i allmänna och specialiserade hälso- och sjukvårdsinsatser framgå av planen. Det kan handla om t.ex. läkemedelsbehandling, psykoterapi, arbetsterapeutiska insatser eller sjukgymnastik.

I begreppet ”svara för” ingår också vem som ska bekosta insatserna. I många fall är detta inte nödvändigt att ange eller diskutera eftersom ansvarsfördelningen följer av lag. I vissa situationer, t.ex. när det gäller behandlingshemsvistelser eller skraddarsydd, samordnade insatser kring en viss individ med stora behov, kan emellertid planeringen falla om kostnadsfördelningen inte definieras. Det ska dock understrykas att planeringens syfte inte är att reglera det ekonomiska ansvaret mellan de berörda huvudmännen, utan att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

När en planering kommit till stånd behöver det vara tydligt bestämt, inte minst för den enskilde och hans eller hennes närstående, vem av huvudmännen som ska kalla till nästa möte, om ett sådant behövs, och vem som har huvudansvaret för att följa upp de insatser som har planerats. Av planen ska därför framgå vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Den som har ansvaret behöver inte vara densamma som kallat till planeringen. Detta bör istället avgöras av den enskildes önskemål och behov, insatsernas karaktär och den aktuella arbetsbelastningen. Huvudregeln bör vara att den huvudman som den enskilde bedöms ha mest kontakt med får det övergripande ansvaret.

Enskilda och närstående

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Genom uttrycket ”tillsammans med” understryks att bestämmelsen inte är tänkt att innebära att personens samtycke inhämtas i efterhand, utan att han eller hon ska ges möjlighet att delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med den begränsningen är att understryka att planeringsansvaret bör finnas kvar också när en person visserligen har samtyckt till att en plan upprättas, men ändå väljer att själv inte delta aktivt i planeringen, eller då någon på grund av t.ex. sin psykiska sjukdom, sin demens, sitt missbruk eller liknande inte förmår att delta. Det är således inte tillräckligt att konstatera att en person t.ex. är psykotisk och därför kommer att bli mycket rädd i en situation där ett större antal personer deltar. Planeringssituationen måste då istället så långt det är möjligt anpassas efter den enskilde.

En plan enligt HSL och SoL kräver samtycke av den enskilde och ska således inte upprättas mot den enskildes vilja. Även sekretessbestämmelserna medför som regel att den enskilde måste ge sitt medgivande till att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Planeringsskyldigheten syftar alltså inte till att utvidga huvudmännens möjlighet att utbyta information, utan planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser.

När den enskilde, t.ex. på grund av psykisk sjukdom inte har möjlighet att lämna uttryckligt samtycke förväntas huvudmännen stödja och motivera den enskilde för att ändå få till stånd en gemensam individuell plan i de fall detta bedöms nödvändigt.

Planen bör om det är lämpligt upprättas tillsammans med närstående, om den enskilde inte motsätter sig detta. Syftet med att särskilt ange de närståendes rätt att delta i planeringen är att slå fast att planeringen bör utgå från den enskildes hela livssituation, där de närstående spelar en viktig roll. Personer som lever nära patienten eller klienten berörs i hög grad av de planerade insatserna och bör därför ha möjlighet att ge uttryck för sina åsikter, behov och önskemål. I vissa fall kan det emellertid vara olämpligt att närstående deltar i planeringen. Detta kan exempelvis vara fallet om det framkommer att relationen mellan den enskilde och dennes närstående inte är god, eller om närståendes medverkan skulle fördröja eller försvåra planeringsarbetet avsevärt.

Med närstående avses liksom i den närliggande lagstiftningen människor med nära band till den enskilde, oavsett biologiskt släktskap. Det bör i hög grad vara personen själv som avgör vem eller vilka som är närstående. I begreppet ingår också barn, även om det måste tas hänsyn till barnets ålder och mognad när det avgörs om ett barn ska delta i vårdplaneringen. Om så sker måste planeringen göras ur barnets perspektiv vilket kan innebära att han eller hon får särskild information om den enskildes sjukdom eller behov, syftet med planeringen och barnets roll. Barnet bör alltid ha någon med sig vars främsta uppgift är att vara ett stöd och löpande förklara för barnet vad som händer. Främst är det barn över tolv år som kan tänkas bli delaktiga i en planering men huruvida ett barn ska delta i en planering eller inte bör enligt förslaget avgöras från fall till fall.

Om den enskilde motsätter sig att en närstående deltar bör det respekteras. Däremot finns det ofta skäl att försöka övertyga honom eller henne om att få tillåtelse att lämna viss information till den närstående, särskilt när det gäller närstående som är sammanboende. Naturligtvis gäller det inte i fall när det av något skäl är olämpligt, t.ex. om en närstående har begått brott mot personen som planeringen gäller, eller på annat sätt kan antas utgöra en fara för den enskilde.

Den enskilde bör få ta del av den upprättade individuella planen i skriftlig form. Möjligheten att få en skriftlig kopia av den individuella planen bör även gälla en närstående om den enskilde inte motsätter sig detta.

Den enskilde har själv möjlighet att ta initiativ till att en individuell plan ska upprättas. Samma möjlighet finns även för närstående. Som nämnts ovan är det kommun och landsting som i sista hand avgör om en individuell plan behövs men det bör bara vara i undantagsfall som den enskilde nekas en plan när han eller hon anser att det behövs en sådan.

Det ska också nämnas att personliga ombud kan ha en betydelsefull roll i detta sammanhang. Ett personligt ombud arbetar för den enskilde och ska bl.a. identifiera och formulera brukarens behov av vård, stöd och service, se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs, att bistå och, om fullmakt finns, företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter samt se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter. Personliga ombud finns i cirka 85 procent av landets kommuner och under 2007 hade cirka 6 000 personer med psykisk funktionsnedsättning tillgång till ett ombud, tillfälligt eller under en längre tid.

Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer?

Som nämnts ovan finns det ett flertal bestämmelser om skyldighet att upprätta planer. I 3 b och 18 b §§ HSL föreskrivs t.ex. skyldighet att planera i fråga om habilitering m.m. och i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård finns bestämmelser om vårdplanering. Även i lagen (1988:870) om vård av missbrukare och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga finns krav på planering. Likaså finns i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård en bestämmelse om att vårdplanering i vissa fall ska göras gemensamt mellan slutenvården, öppenvården och kommunernas socialtjänst, och i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade föreskrivs att en individuell plan ska upprättas på begäran av den enskilda. Det finns bestämmelser om planer även i andra lagar, förordningar och föreskrifter, och det förekommer också planering på frivillig väg utan att det finns någon föreskriven skyldighet.

Den plan som nu föreslås är tänkt att gälla generellt för alla som har behov av en sådan. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

7 Ikraftträdande

De föreslagna ändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2010.

8 Konsekvenser av förslagen

Barn i utsatta situationer

Barn i utsatta situationer är ett ansvar för bl.a. hälso- och sjukvården, vilket följer av gällande regleringar. Den föreslagna skyldigheten, för hälso- och sjukvården och dess personal, att beakta barns behov av information, råd och stöd i vissa särskilt utsatta situationer är ett förtydligande av gällande rätt som inte tillför vårdgivarna ytterligare uppdrag eller uppgifter. Däremot lyfts dessa barns behov fram ytterligare, vilket regeringen anser vara angeläget.

Regeringen har därutöver, genom det nationella projekt som initierades under 2008 (se avsnitt 4), påbörjat ett projekt för att stödja landstingen i implementeringen av strukturerade och evidensbaserade metoder i arbetet och stödet till barn som har föräldrar med en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. De förslag som nu förs fram bedöms inte medföra några särskilda ekonomiska eller andra konsekvenser för huvudmännen.

Överenskommelser om samverkan

Sedan länge har det funnits ett uttalat behov av och en förväntan på samverkan mellan huvudmännen, bland annat när det gäller personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Denna patientgrupp har behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst och ett gemensamt ansvar är nödvändigt för att kunna tillgodose denna grupps behov på ett tillfredsställande sätt.

Den föreslagna bestämmelsen innebär en skyldighet för landsting och kommuner att ingå överenskommelser med varandra. Huvudmännen har redan ett ansvar att samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Behovet av samarbete är angeläget, men det som förefaller saknas för att kommuner och landsting ska leva upp till lagstiftningens intentioner om samverkan är att det finns fastlagda former och rutiner för hur detta samarbete ska gå till.

Regeringen bedömer att en skriftlig överenskommelse är det bästa instrumentet för att snabbt få till stånd bra samverkansformer och rutiner. Det kan i sin tur leda till bättre samordnade insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. På detta sätt införs även ett instrument som reglerar offentlighetsliga åtaganden och som förtydligar det befintliga ansvar som huvudmännen redan har enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen för att tillfredsställa ett sammansatt vård- och omsorgsbehov hos personer som behöver stöd från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det faktum att det också finns ett instrument för samverkan torde dessutom underlätta den framtida tillsynen av att samverkan fungerar tillfredsställande.

Kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, t.ex. genom samverkansnämnder, behöver med anledning av detta förslag inte träffa några överenskommelser därutöver.

Regeringen gör, efter inhämtande av synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting, bedömningen att finansieringsprincipen inte är tillämplig. Den föreslagna bestämmelsen om skyldigheten att ingå överenskommelser kommer, enligt regeringens bedömning, inte att innebära några ekonomiska eller andra konsekvenser för huvudmännen. Motiv för denna bedömning är att det är inte fråga om någon ambitionshöjning, med hänsyn till att huvudmännen redan idag är skyldiga enligt lag att samverka. Ett krav på en överenskommelse torde snarare bidra till att effektivisera samarbetet och skapa förutsättningar för samordnade insatser. Formaliseringen av samarbetet bör därför också verka kostnadsbesparande på sikt.

Individuella planer

Regeringen bedömer, efter inhämtande av synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting, att finansieringsprincipen inte är tillämplig och att den föreslagna bestämmelsen om individuella planer för personer med behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård inte kommer att få några ekonomiska eller andra konsekvenser för huvudmännen, eftersom det inte är fråga om någon ambitionshöjning eller någon ny uppgift. Motiv för denna bedömning beskrivs i det följande.

Redan idag krävs en individuell planering för att den enskildes samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Det finns redan idag inom flera områden krav på att huvudmännen planerar hur individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Dessutom är det ur behandlingssynpunkt ofta nödvändigt att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten planerar individens behov av åtgärder ur olika aspekter för att kunna leva upp till lagars intentioner och effektivitetskrav.

Sådana individuella planer som avses här ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att en sådan behövs för att den enskilde ska få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda. I de fall den föreslagna individuella planen sammanfaller med någon annan plan som ska upprättas enligt annan lagstiftning, ska inte någon individuell plan upprättas enligt den föreslagna bestämmelsen.

Under de senaste åren har lagstiftningen kompletterats med krav på olika former av planer och dokument, liknande dem som föreslås här. Eftersom planerna ska ses som instrument för att huvudmännen bättre ska kunna leva upp till lagstiftningens bestämmelser har dessa inte bedömts medföra ekonomiska konsekvenser för huvudmännen.

I och med beslut om proposition Ny socialtjänstlag m.m. (prop. 2000/01:80) infördes t.ex. krav på att vårdplaner ska upprättas för barn som vårdas i annat hem än det egna. Efter beslut om proposition Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20) föreslogs gemensam vårdplanering mellan kommuner och landsting, där planeringen ska samordnas och dokumen-

teras. I och med beslut om proposition Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) infördes krav på att upprätta genomförandeplaner för barn och unga som vårdas i hem för vård och boende eller i familjehem samt krav på att upprätta en individuell plan för vuxna som vårdas i hem för vård och boende eller i familjehem. Efter beslut om propositionen Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården (prop. 2007/08:70) infördes krav på en gemensam vårdplan, som beskriver patientens behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

2 g §

Paragrafen är ny och har behandlats i avsnitt 4. Den ålägger hälso- och sjukvården en skyldighet att beakta behovet av råd, stöd och information till barn om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Samma skyldighet åvilar hälso- och sjukvården om barnet har en förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt avlider.

Med barn avses detsamma som i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) (1 kap. 2 §), d.v.s. varje människa under 18 år. Med förälder avses barnets biologiska förälder eller adoptivförälder. Någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med kan t.ex. vara en styvförälder eller en familjehemsförälder. Det är således fråga om en person som har den faktiska omsorgen om barnet. Hälso- och sjukvården åläggs genom bestämmelsen att särskilt rikta uppmärksamheten på barnets förhållanden och behov när de möter en förälder som t.ex. har en psykisk funktionsnedsättning. Informationen, råden och stödet måste givetvis anpassas efter barnets ålder och mognad. Principen om barnets bästa kan ibland innebära att någon information inte alls ska lämnas eller först efter en viss tid.

Begreppet psykisk störning har samma innebörd som i annan lagstiftning, t.ex. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd. Termen funktionsnedsättning bör få genomslag i den svenska lagstiftningen efter hand (jfr prop. 2008/09:28 s. 8). I författningstexten används termen därför i stället för termen funktionshinder. Med psykisk funktionsnedsättning avses i denna bestämmelse även neuropsykiatrisk funktionsnedsättning såsom t.ex. Aspergers syndrom och autism. Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller därmed barn till föräldrar som har en nedsättning av den intellektuella funktionsförmågan.

Det är mycket svårt att dra gränsen för vad som kan anses vara missbruk av alkohol. En definition finns i förarbetena till lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Enligt denna avses med missbruk av alkohol en inte alltför obetydlig konsumtion. Vidare sägs att man inte kan dra någon bestämd gräns för när missbruk ska anses föreligga, t.ex. i form av en viss konsumtionsnivå. En konsumtion som ger allvarliga följder för den enskilde i form av medicinska eller sociala konsekvenser är dock att bedöma som missbruk (prop. 1981/82:8 s. 74). Den målgrupp som avses i detta förslag är dock vidare än den som kan komma i fråga för vård enligt LVM. Med missbruk av beroendeframkallande medel avses narkotika eller därmed jämställda preparat, t.ex. thinner.

3 f §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.

Paragrafen är ny och innebär en skyldighet för kommuner och landsting att gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. En likalydande bestämmelse föreslås i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Behovet av en plan kan uppmärksammas av kommunen eller landstinget, och den andre huvudmannen är enligt denna bestämmelse och motsvarande bestämmelse i 2 kap. 7 § SoL skyldig att delta i upprättandet av planen. Även den enskilde, dennes närstående eller någon annan kan ta initiativ till att kommun eller landsting prövar om det behövs en plan. Enligt bestämmelsen ska en plan upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att det behövs. Det räcker att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda.

Med socialtjänstinsatser avses i denna bestämmelse insatser enligt SoL eller någon annan lag som reglerar sociala insatser från kommunen, såsom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Bestämmelsen ska dock inte tillämpas när det huvudsakliga skälet till kontakten med socialtjänsten är att man vill åstadkomma en prövning av behov av tvångsvård. Begreppet hälso- och sjukvård har samma betydelse som i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i övrigt. Således omfattas även behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Skyldigheten inträder så snart ett behov av en plan har upptäckts. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, vilket i normalfallet innebär att den första kontakten mellan landsting och kommun upprättas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.

En plan ska bara upprättas om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Bedömningen av om ett sådant behov föreligger ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälso-tillstånd och sociala situation. Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse. Skyldigheten att samplanera är inte begränsad till personer med stora och omfattande behov,

utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både landstinget och kommunen och dessa insatser behöver samordnas. Detta innebär att de planer som upprättas i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskilda personernas behov. För vissa personer bör landstinget och kommunen utgå ifrån att det finns behov av en individuell plan. Det gäller personer med omfattande behov, t.ex. personer med en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, ungdomar med omfattande psykosociala behov och dementa personer med behov av somatiska insatser.

En plan ska bara upprättas om den enskilde samtycker till det. I de fall dennes tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning. Någon ändring i sekretessbestämmelserna föreslås inte heller, varför dessa bestämmelser måste iaktas i kontakten mellan landsting, kommun och andra myndigheter. Även detta medför i de flesta fall att samtycke från den enskilde krävs för att sekretessbelagda uppgifter ska kunna lämnas vidare mellan myndigheterna.

Att insatser från andra aktörer ska redovisas i planen innebär att huvudmännen och den enskilde tillsammans identifierar vilka åtgärder från andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov. Det kan exempelvis handla om insatser från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Eftersom den enskilde måste samtycka till att planen upprättas är det denne som avgör vilka insatser som ska redovisas i planen.

Att en av huvudmännen ska ha det övergripande ansvaret för planen innebär att denne exempelvis ska vara sammankallande till de möten som behövs vid upprättandet av planen och ha den huvudsakliga kontakten med den enskilde och dennes närstående i frågor som gäller planen.

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till.

Om det redan finns en plan upprättad som uppfyller kraven i denna bestämmelse är det inte nödvändigt att upprätta en särskild individuell plan.

8 a §

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 5.

I bestämmelsen föreskrivs en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Skyldigheten att ingå överenskommelser är avsedd att omfatta landstingens och kommunernas offentligrättsliga åtaganden, och överenskommelserna får inte strida mot några föreskrifter.

Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd. Termen funktionsnedsättning bör få genomslag i den svenska lagstiftningen efter hand (jfr prop. 2008/09:28 s. 8). I författningstexten används termen därför i stället för termen funktionshinder.

Om ett landsting och en kommun redan har en överenskommelse om samarbete beträffande personer med psykisk funktionsnedsättning behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna bestämmelse.

9.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

1 kap.

1 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 4. *Andra* och *tredje styckena* är nya. I bestämmelsen åläggs hälso- och sjukvårdspersonalen motsvarande skyldigheter som hälso- och sjukvården.

9.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

7 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.

Paragrafen är ny och innebär en skyldighet för kommuner och landsting att gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. En likalydande bestämmelse föreslås i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Behovet av en plan kan uppmärksammas av kommunen eller landstinget, och den andre huvudmannen är enligt denna bestämmelse och motsvarande bestämmelse i 3 f § HSL skyldig att delta i upprättandet av planen. Även den enskilde, dennes närstående eller någon annan kan ta initiativ till att kommun eller landsting prövar om det behövs en plan. Enligt bestämmelsen ska en plan upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att det behövs. Det räcker att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda.

Med socialtjänstinsatser avses i denna bestämmelse insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) eller någon annan lag som reglerar sociala insatser från kommunen, såsom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Bestämmelsen ska dock inte tillämpas när det huvudsakliga skälet till kontakten med socialtjänsten är att man vill åstadkomma en prövning av behov av tvångsvård. Begreppet hälso- och sjukvård har samma betydelse som i HSL. Således omfattas även behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Skyldigheten inträder så snart ett behov av en plan har upptäckts. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, vilket i normalfallet innebär att den första kontakten mellan kommun och landsting upprättas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting.

En plan ska bara upprättas om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Bedömningen av om ett sådant behov föreligger ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse. Skyldigheten att samplanera är inte

begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både kommunen och landstinget dessa insatser behöver samordnas. Detta innebär att de planer som upprättas i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskilda personernas behov. För vissa personer bör kommunen och landstinget utgå ifrån att det finns behov av en individuell plan. Det gäller personer med omfattande behov, t.ex. personer med en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, ungdomar med omfattande psykosociala behov och dementa personer med behov av somatiska insatser.

En plan ska bara upprättas om den enskilde samtycker till det. I de fall dennes tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning. Någon ändring i sekretessbestämmelserna föreslås inte heller, varför dessa bestämmelser måste iaktas i kontakten mellan landsting, kommun och andra myndigheter. Även detta medför i de flesta fall att samtycke från den enskilde krävs för att sekretessbelagda uppgifter ska kunna lämnas vidare mellan myndigheterna.

Att insatser från andra aktörer ska redovisas i planen innebär att huvudmännen och den enskilde tillsammans identifierar vilka åtgärder från andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov. Det kan exempelvis handla om insatser från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Eftersom den enskilde måste samtycka till att planen upprättas är det denne som avgör vilka insatser som ska redovisas i planen.

Att en av huvudmännen ska ha det övergripande ansvaret för planen innebär att denne exempelvis ska vara sammankallande till de möten som behövs vid upprättandet av planen och ha den huvudsakliga kontakten med den enskilde och dennes närstående i frågor som gäller planen.

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till.

Om det redan finns en plan upprättad som uppfyller kraven i denna bestämmelse är det inte nödvändigt att upprätta en särskild individuell plan.

5 kap.

8 a §

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 5.

I bestämmelsen föreskrivs en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Skyldigheten att ingå överenskommelser är avsedd att omfatta kommunernas och landstingens offentlighetsrättsliga åtaganden, och överenskommelserna får inte strida mot några föreskrifter.

Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd. Termen funktionsnedsättning bör få genomslag i den svenska lagstiftningen efter hand (jfr prop. 2008/09:28 s. 8). I förfatningstexten används termen därför i stället för termen funktionshinder.

Författningsförslag i Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100)

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) dels att 3 § c skall ha följande lydelse. Detta innebär, med beaktande av det förslag som lämnats i delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91), att de tidigare paragraferna 3 c–3 f ändras till 3 d–3 g.

dels att det i lagen skall införas en ny bestämmelse 8 a §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 § c

Landstinget skall när det behövs för att den enskilde skall få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda, upprätta en individuell plan tillsammans med kommunen. Av planen skall framgå mål för insatserna på kortare och längre sikt, vem som skall samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman svarar för. Planen skall när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och dennes närstående.

När landstinget bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan enligt första stycket skall landstinget kalla kommunen till individuell planering. En sådan kallelse skall även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en närstående.

Om kommunen kallar landstinget till individuell planering enligt 2 kap 7 § socialtjänstlagen (2001:453) skall landstinget medverka i planeringen. Planeringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits.

Denna bestämmelse skall tillämpas när det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100).

8 § b

Landstinget skall träffa en överenskommelse med kommunen om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder.

Överenskommelsen skall innehålla

1. Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.

2. Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionshinder.

3. Bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar.

4. Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder.

5. Bestämmelser om ansvar för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

6. Bestämmelser om ansvar i sådana situationer, och kring sådana grupper, där särskild samverkan krävs.

7. Former för hur tvister, som uppkommer med anledning av en överenskommelse som upprättats enligt denna bestämmelse, skall lösas.

Överenskommelsen skall, när det är möjligt, utformas i samråd med organisationer som företräder patienter och närstående.

Överenskommelsen skall kontinuerligt följas upp och utvärderas av landstinget och kommunen gemensamt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009

Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att i fråga om socialtjänstlagen (2001:453)

dels att 3 kap. 6 § skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas två nya bestämmelser 2 kap. 7 § och 5 kap. 8 § a.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

6 §

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande socialtjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Socialnämnden bör genom hemtjänst, *boendestöd för personer med psykiska funktionshinder*, dagverksamheter eller annan liknande socialtjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

2 kap.

7 §

Kommunen skall när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda, upprätta en individuell plan tillsammans med landstinget. Av planen skall framgå mål för insatserna på kortare och längre sikt, vem som skall samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman svarar för. Planen skall, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde och dennes närstående.

När kommunen bedömer att det finns behov av att upprätta en individuell plan enligt första

stycket skall kommunen kalla landstinget till individuell planering. En sådan kallelse skall även ske om den enskilde begär det och, om den enskilde inte motsätter sig det, på begäran av en närstående.

Om landstinget kallar kommunen till individuell planering enligt 3 § c hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall kommunen medverka i planeringen. Planeringen skall påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits.

Denna bestämmelse ska tillämpas när det kan ske utan hinder av bestämmelser i sekretesslagen (1980:100).

5 kap.

8 a §

Kommunen skall träffa en överenskommelse med landstinget om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder.

Överenskommelsen skall innehålla

1. Gemensamma mål för kommunens och landstingets verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.

2. Rutiner för samarbete mellan kommunen och landstinget kring enskilda personer med psykiska funktionshinder.

3. Bestämmelser om ansvar för insatser till personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar.

4. Bestämmelser om ansvar för hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder.

5. Bestämmelser om ansvar för boende och sysselsättning till personer som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

6. Bestämmelser om ansvar i sådana situationer, och kring sådana grupper, där särskild samverkan krävs.

7. Former för hur tvister, som uppkommer med anledning av en överenskommelse som upprättats enligt denna bestämmelse, skall lösas.

Överenskommelsen skall, när det är möjligt, utformas i samråd med organisationer som företräder patienter.

Överenskommelsen skall kontinuerligt följas upp och utvärderas av kommunen och landstinget gemensamt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009

Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet *Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100)

Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen, Malmö tingsrätt, Göteborgs tingsrätt, Östersunds tingsrätt, Kammarrätten i Göteborg, Länsrätten i Stockholms län, Länsrätten i Östergötlands län, Länsrätten i Jönköpings län, Justitiekanslern, Domstolsverket, Åklagarmyndigheten, Ekobrottsmyndigheten, Rikspolisstyrelsen, Kriminalvården, Brottsförebyggande rådet, Brottsoffermyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Handikappombudsmannen, Hjälpmedelsinstitutet, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Barnombudsmannen, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Datainspektionen, Statskontoret, Statens Skolverk, Myndigheten för skolutveckling, Vetenskapsrådet, Ungdomsstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Värmlands län, Länsstyrelsen i Västernorrlands län, Karolinska institutet, Uppsala universitet, Lunds universitet, Mittuniversitetet, Dals-Eds kommun, Falu kommun, Gotlands kommun, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Hällefors kommun, Jönköpings kommun, Kalix kommun, Kalmar kommun, Karlstads kommun, Kumla kommun, Luleå kommun, Malmö kommun, Motala kommun, Norbergs kommun, Norrköpings kommun, Nybro kommun, Sundsvalls kommun, Stockholms kommun, Uppsala kommun, Västerås kommun, Växjö kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmars läns landsting Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Sveriges Advokatsamfund, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges akademikers centralorganisation, SACO Student, Landsorganisationen i Sverige (LO), Akademikerförbundet SSR, Vårdförbundet, Svenska psykiatriska föreningen, Svenska rättspsykiatriska föreningen, Sveriges Psykologförbund, Föreningen Sveriges socialchefer, Yrkesföreningen för personligt ombud i Sverige, Rädda Barnen, Barnens rätt i samhället (BRIS), Handikappförbundens samarbetsorgan, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Schizofreniförbundet, Svenska föreningen för psykisk hälsa, Föreningen Balans, Riksförbundet Attention, Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd, Nätverket för Sveriges fontänhus, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läke-

medelsberoende, Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), Riksföreningen för skolsköterskor, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska kommunalarbetareförbundet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Sveriges Överförmyndare, Seniorer i Tiden, För Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och vuxna FUB, Svenska Nätverket- Dubbeldiagnoser, Stiftelsen Parasoll, Svensk sjuksköterskeförening, Riksförbundet Autism, Pingstförsamlingarnas HandikappVerksamhet, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, Halldin Jan, Svensk kuratorsförening, Psyiatriska mottagningen Ljusdal, Sveriges sjukhuslärarförening, Sveriges Dövas Riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, Svenska OCD-förbundet Ananke, Svärd, Eva, Pensionärsföreningen IDUN

Författningsförslag i Promemoria om information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m. (S2006/9394/HS)

1 Lagförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Häri genom föreskrivs att 2 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 f §²

Hälso- och sjukvården *skall* på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och av sekretesslagen (1980:100).

Hälso- och sjukvården *ska* på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och av sekretesslagen (1980:100).

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnet har en förälder som har

1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om ett barn har en förälder som plötsligt dör.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2009.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2003:412.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

**2 kap.
1 a §¹**

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen *skall* i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ denna lag och av sekretesslagen (1980:100).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen *ska* i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8–11 §§ denna lag och av sekretesslagen (1980:100).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnet har en förälder som har

1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om ett barn har en förälder som plötsligt dör.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2009.

¹ Senaste lydelse 2003:418.

Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över Promemoria om information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m. (S2006/9394/HS)

Justitiekanslern, Riksdagens ombudsmän (JO), Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Handikappombudsmannen, Barnombudsmannen, Skolverket, Jönköpings kommun, Jönköpings kommun Individ- och omsorgsnämnden, Malmö stad, Skellefteå kommun, Gagnefs kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Blekinge läns landsting, Hallands läns landsting, Örebro läns landsting, Norrbottens läns landsting, Föräldrastödsutredningen (S 2008:07), Barnskyddsutredningen (S 2007:14), Översyn av missbruks- och beroendevården (S 2008:04), Sveriges Kommuner och Landsting, Barnens Rätt i Samhället (BRIS), Rädda Barnen, Schizofreniförbundet, Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB), Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor, Svenska föreningen för psykisk hälsa, SACO, TCO, Riksförbundet Ungdom för social hälsa RUS, Stiftelsen Allmänna Barnhuset