



## Riktlinjer om handläggning av socialpsykiatri



 <b>Eda kommun</b>	<b>Styrdokument</b>	
	<b>Dokumenttyp</b>	Riktlinje
	<b>Beslutad av</b>	Kommunstyrelsen 2018-06-05, § 127
	<b>Dokumentansvarig</b>	1:e socialsekreterare ek bistånd och vuxengrupp
	<b>Reviderad</b>	-

## Innehållsförteckning

1. Riktlinjer för biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen inom socialpsykiatri.....	5
1.1 Syfte.....	5
2. Principer för handläggningen.....	5
3. Allmänna kriterier för rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen.....	5
4. Rätten till bistånd.....	5
5. Målgrupp.....	6
6. Dokumentation.....	6
7. Sekretess.....	7
7.1 Samtycke.....	7
8. Avslagsbeslut och överklagande.....	7
9. Samverkan.....	7
9.1 Samordnad individuell plan (SIP).....	7
9.2 Vårdplanering/Trygg och säker hemgång.....	8
10. Uppsökande verksamhet.....	8
11. Råd och stöd.....	8
11.1 Målgrupp.....	8
11.2 Syfte.....	8
11.3 Mål.....	9
11.4 Om insatsen råd och stöd.....	9
12. Boendestöd.....	9
12.1 Målgrupp.....	9
12.2 Syfte.....	9
12.3 Mål.....	9
12.4 Boendestöd.....	9
12.5 Utredning och beslut.....	10
12.6 Verkställighetens dokumentation.....	11
12.7 Uppföljning.....	11
12.8 Ansökan om ny period.....	11
12.9 Avslut av insats.....	11
13. Kontaktperson.....	12
13.1 Målgrupp.....	12
13.2 Syfte.....	12
13.3 Mål.....	12
13.4 Uppdraget som kontaktperson.....	12
13.5 Kvalifikationer för kontaktperson.....	13
13.6 Månadsrapportering.....	13
13.7 Utredning.....	13
13.8 Beslut.....	13
14. Sysselsättning.....	13
14.1 Målgrupp.....	13
14.2 Syfte.....	13
14.3 Mål för sysselsättningen.....	14
14.4 Tjänsten.....	14
14.5 Beslut om insats.....	14
14.6 Anordnarens dokumentation.....	15
14.7 Uppföljning och ansökan om ny period.....	15

---

15. Särskilt boende.....	16
15.1 Målgrupp.....	16
15.2 Syfte.....	16
15.3 Mål.....	16
15.4 Tjänsten.....	16
15.5 Beslut.....	16
15.5.1 Boendets dokumentation.....	16
15.5.2 Uppföljning.....	17
16. Samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland.....	17
16.1 Syfte.....	18
16.2 Mål.....	18
16.3 Fast vårdkontakt.....	18
16.4. Samordnad individuell plan.....	18
16.5 Informationsöverföring.....	18
17. Landstingets ansvar.....	18
17.1 Sluten vård.....	18
17.2 Öppen vård.....	19
18. Kommunens ansvar.....	19
19. Ekonomisk reglering – Somatisk vård.....	20
19.1 Kommunens betalningsansvar.....	20
20. Tvist.....	20

## **1. Riktlinjer för biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen inom socialpsykiatrin**

### **1.1 Syfte**

Syftet med riktlinjerna är att ge en likartad service och omvårdnad till alla som är i behov av och ansöker om bistånd. Det är den enskildes individuella rådande livssituation som är styrande. Detta innebär att den enskilde kan beviljas mer eller mindre bistånd eller i en annan form än vad riktlinjerna anger. Riktlinjerna skall ses som en vägledning och anvisning vad gäller tolkning och tillämpning av lagstiftningen.

## **2. Principer för handläggningen**

Tjänsteutövningen ska bedrivas rättssäkert och med utgångspunkt från individens egna resurser. Handläggning och beslut ska präglas av respekt för den enskilde. Grunden är alltid en helhetsbedömning av den sökandes behov och förmåga.

Besökstid ska erbjudas inom tre veckor från det att ansökan inkommit.

I de fall sökanden inte tillhör målgruppen för socialpsykiatrin ska den sökande få information om vart han/hon skall vända sig.

## **3. Allmänna kriterier för rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen**

- Det måste ha inkommit en ansökan från enskild eller god man/förvaltare innan aktualisering görs. Om utredning inleds skall det ske enligt 11 kap 1 § SoL.
- Personen som ansöker måste bo eller vistas i kommunen. För personer som vistas på institution eller som avtjänar fängelsestraff eller genomgår rättspsykiatrisk vård gäller särskilda bestämmelser.
- Rätten till bistånd föreligger om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.
- God man/förvaltare skall delges beslutet.

## **4. Rätten till bistånd**

De insatser som kan beviljas inom socialpsykiatrin är boendestöd, kontaktperson, sysselsättning, särskilt boende och råd och stöd.

Beslut fattas enligt 4 kap 1 § SoL.

Av Socialtjänstlagen 5 kap 7 § framgår det att vårdutskottet ska verka för att individer som av fysiska, psykiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring ges möjlighet att delta i samhällets gemenskap och kunna

leva som andra. Vårdutskottet ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat till hans/hennes behov av särskilt stöd.

Vårdutskottet ska främja personens eget ansvar, egenförsörjning och bidra med hjälp till självhjälp. I all myndighetsutövning ska förvaltningen lyfta fram personens eget ansvar för sin situation och för sin försörjning. Socialtjänstens uppgift är att hjälpa till att frigöra och utveckla enskildas resurser. Detta i enlighet med 1 kap 1 § SoL.

Lagstiftningen ger dock inte den enskilde någon ovillkorlig rätt till bistånd utan föreskriver att för att bedöma biståndsbehovet ska en individuell bedömning göras om vad som är skäligt.

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans/hennes möjligheter till att leva ett självständigt liv (4 kap 1 § SoL).

## 5. Målgrupp

Målgrupp för insatser inom socialpsykiatri är personer med psykiska funktionsnedsättningar, vilket gör att de har stora svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Begränsningarna har funnits eller kan antas att bestå under längre tid. Med längre tid avses 1 år. Personen som kan bli aktuell för insatser finns i åldersspannet 18-64 år, förutom för sysselsättning där målgruppen är personer mellan 21-64 år. Målgruppen omfattar personer med psykiska funktionsnedsättningar och som inte tillhör person-krets 1 respektive 2 inom LSS.

Diagnos är en förutsättning för att beviljas bistånd i form av sysselsättning. För övriga insatser är diagnos inget krav för att insats skall kunna beviljas.

Om någon får en ny diagnos som innebär att han/hon omfattas av LSS skall det kallas till en vårdplanering. Både handläggare inom socialpsykiatri och LSS ska kallas. En genomgång av behov av insatser och stöd görs vid denna vårdplanering.

## 6. Dokumentation

Inom socialtjänsten råder dokumentationsskyldighet. Särskilt viktigt är det i samband med myndighetsutövning. All dokumentation sker i det aktuella datasystemet. Den enskilde ska hållas underrättad om den dokumentation som förs om honom/henne och informeras om rätten att ta del av dokumentationen. Anser den enskilde att det finns felaktig dokumentation om honom/henne ska detta antecknas.

Fördjupad vägledning kan erhållas från Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” (Socialstyrelsen 2015).

## 7. Sekretess

Inom Socialtjänsten gäller följande huvudregel:

26 kap 1 § 1 st offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) anges bl a ”Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan **men** för den enskilde eller dennes närstående.

Anmälningsskyldighet som följer av lag eller förordning bryter sekretessen (ex vis Lex Sarah och barn som får illa).

### 7.1 Samtycke

Samtycke från den uppgifterna gäller medför att sekretesskyddade uppgifter kan lämnas ut. Samtycke bör inhämtas skriftligt. Ett samtycke kan när som helst återkallas.

## 8. Avslagsbeslut och överklagande

Avslagsbeslut enligt 4 kap 1 § SoL ska alltid vara skriftliga och motiverade samt delges den sökande. Av beslutet skall följande framgå:

- vad ansökan avser, d v s ändamålet
- hänvisning till § i SoL
- eventuell tidsperiod
- motivering till avslaget. I de fall det finns flera skäl till avslaget ska samtliga avslagsgrunder finnas med tillsammans med avslagsmotivering.
- att beslutets konsekvenser för eventuella barn har övervägts.

Det ska alltid finnas en besvärshänvisning med i delgivningen och den sökande ska informeras om att man inom socialtjänsten kan vara behjälplig vid ett eventuellt överklagande om den sökande så önskar.

En överklagan skall ha inkommit till socialtjänsten inom 3 veckor från det att den sökande har emottagit beslutet.

## 9. Samverkan

### 9.1 Samordnad individuell plan (SIP)

I Socialtjänstlagen 2 kap 7 § framgår det att när den enskilde har behov av insatser från flera huvudmän (ex vis landstinget) ska kommunen tillsammans med andra huvudmän upprätta en individuell plan ifall en bedömning görs att den enskilde har behov av det för att få sina behov tillgodosedda. För att kunna upprätta en samordnad individuell plan så krävs det ett medgivande från den berörda. Arbetet med planen ska påbörjas skyndsamt. Ifall det är möjligt/lämpligt så skall den enskilde vara delaktig i arbetet med planen. Även närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet om den enskilde medger detta.

Planen skall innehålla följande:

- vilka insatser som behövs.
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för.
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Den individuella planen ska förvaras i akten och det ska i journalen framgå att en individuell plan är upprättad. I de fall där den enskilde inte ger sitt samtycke till att en plan upprättas ska dokumenteras. Av dokumentationen ska framgå orsaken till varför den enskilde inte gett sitt samtycke.

## 9.2 Vårdplanering/Trygg och säker hemgång

Rutiner kring hur och när det ska kallas till vårdplanering/trygg och säker hemgång finns i dokumentet ”Riktlinjer för trygg och säker hemgång i Värmlands län”. I IT-stödet Meddix framgår in- och utskrivningsdatum från sjukhus.

## 10. Uppsökande verksamhet

Av socialtjänstlagens 5 kap 8 § framgår att vårdutskottet ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens ansvar på dessa områden.

För handläggningen inom socialpsykiatri innebär detta ansvar att om handläggare får vetskap om att en person boendes i Eda kommun kan vara i behov av insatser skall personen kontaktas. I första hand via telefonsamtal. Får man inte kontakt ska ett brev skickas till individen med information om att det inkommit uppgifter om hjälpbehov. I informationen skall det framgå vilken hjälp som finns att få. Om personen inte hör av sig och det finns en oro så bör hembesök göras samtidigt som utredning jml 11 kap 1§ SoL inleds.

## 11. Råd och stöd

### 11.1 Målgrupp

Målgrupp för insatsen råd och stöd är personer med psykiska funktionsnedsättningar och som har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Begränsningarna har funnits och antas komma att bestå under längre tid. Personen ska med stöd klara av ett eget boende och aktivt kunna medverka i förändringsarbetet. Personer som kan bli aktuella för insatsen ska vara 18 och upp till 64 års ålder. Målgruppen är personer där ett eventuellt behov av boendestöd kan finnas, men som ännu inte är redo för att låta boendestödare komma in i hemmet.

### 11.2 Syfte

Syftet med insatsen råd och stöd är att i ett tidigare skede fånga upp personer



som i förlängningen kan bedömas vara i behov av boendestöd. Genom insatsen utvidgas omfattningen av vilka som kan beviljas insatser från socialpsykiatri till att inbegripa också de som ännu inte är redo för att släppa in boendestödare i hemmet och som gör att insatsen boendestöd inte i egentlig mening fyller sin funktion. Behov av insatser kan ändå finnas och insatsen råd och stöd har då en förebyggande funktion då målgruppen fångas upp i ett tidigt skede, vilket kan medföra att signaler på svårare psykiatriska tillstånd kan upptäckas och hanteras i tid.

### **11.3 Mål**

Målet med insatsen är att motivera den enskilde i riktning mot insatsen boendestöd. I förlängningen ska detta leda till att öka möjligheterna till lyckosamt resultat för insatsen boendestöd.

### **11.4 Om insatsen råd och stöd**

Det är boendestödare som utför insatsen råd och stöd. I råd och stöd ingår motiverande samtal utanför hemmet. Den enskilde ges möjlighet att få en trygg relation till boendestödaren, vilket ökar möjligheten att den enskilde släpper in den enskilde i sitt hem. Insatsen tidsbegränsas till högst 3 månader. Därefter ska uppföljning ske. Uppföljningen ska utmynna i eventuell ansökan om insatsen boendestöd. Om uppföljningen visar att den enskilde istället är i behov av andra insatser ska hänvisning ske till rätt instans, exempelvis samtalskontakt.

## **12. Boendestöd**

### **12.1 Målgrupp**

Målgrupp för boendestödet är personer med psykiska funktionsnedsättningar och som har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Begränsningarna har funnits och antas komma att bestå under längre tid. Personen ska med stöd klara av ett eget boende och aktivt kunna medverka i förändringsarbetet. Personer som kan bli aktuella för insatsen ska vara 18 och upp till 64 års ålder.

### **12.2 Syfte**

Insatser i form av boendestöd har till syfte att ge stöd för att stärka och utveckla den enskildes egna förmågor. Insatserna ska vara utformade på ett sådant sätt att de innebär en ”hjälp till självhjälp” och ett självständigt liv.

### **12.3 Mål**

Målet med boendestödet är att den som på grund av psykisk ohälsa möter stora svårigheter i sin livsföring ska ges möjlighet att delta i samhällets gemenskap och kunna leva som andra.

### **12.4 Boendestödstjänsten**

Boendestödet utförs i första hand i personens hem och kan innehålla:

- psykologiskt stödjande insatser, ex vis stöd för att stärka självförtroendet,

stötta den enskilde till att våga ta egna beslut, stöd för den enskilde att våga lita på sin egen förmåga.

- pedagogiska insatser, ex vis lära/träna den enskilde att sköta hem och hushåll, att handla i affärer, att vistas i offentliga miljöer, att åka allmänna kommunikationer och i övrigt vara behjälplig med att planera och skapa struktur.

- aktiverande insatser för att bryta passivitet, d v s att motivera den enskilde till olika aktiviteter, ex vis.

att sköta den personliga omvårdnaden.

att delta i hemarbetet.

att komma ut på olika aktiviteter.

att delta i sysselsättning.

- nätverksskapande insatser för hjälp att bygga upp/återupprätta ett eget socialt nätverk, ex vis stöd för att återknyta ev förlorade kontakter med anhöriga, vänner samt skapa nya vänskapsrelationer.

- ledsagning om det är en stödjande funktion för att den enskilde ska klara av att bli genomföra läkarbesök. Insatsen ska vara ett led i träning och lärande där målsättningen är att den enskilde på sikt ska klara av besöken själv.

- hjälp med enklare ekonomiska angelägenheter såsom att betala fakturor och planera hushållsinköp. Mera omfattande hjälp med ekonomi ska inte ges inom ramen för boendestöd.

- hjälp att vid behov kontakta olika myndigheter ex vis hälso- och sjukvård m m.

- hjälp och stöd vid egenvård. Hälso- och sjukvårdsinsatser kräver alltid delegation och ges inte inom ramen för boendestöd.

Behov av boendestöd anses inte föreligga om personen har behov av bestående hjälpinsatser. Personens hjälpbehov kan i sådana fall vara av sådan art, ex vis personlig omvårdnad och serviceinsatser i hemmet som faller in under rätten till bistånd i form av avgiftsbelagd hemtjänst. Boendestödjande insatser ska vara habiliterande/rehabiliterande och av behandlade karaktär. De är då enligt 8 kap 1 § SoL avgiftsbefriade.

## 12.5 Utredning och beslut

Boendestödsbeslut är ett individuellt biståndsbeslut. Beslutet fattas enligt 4 kap 1 § SoL. Beslut om boendestöd tidsbegränsas alltid och beviljas i normalfallet på sex månader i taget men maximalt 1 år i taget. Det är lämpligt att bevilja boendestöd för en kortare tidsperiod i de fall det initialt är svårt att klarlägga en persons faktiska hjälp- och stödbehov.

Det är viktigt att syfte och målsättning med boendestödet är tydligt. Det skall även framgå att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Boendestödsbeslut innefattar inte antalet timmar. Tiden avgörs i genomförandeplanen.

Boendestöd för att bryta social isolering beviljas endast i de fall då kontaktperson inte anses vara en lämplig eller tillräcklig insats.

### **12.6 Verkställighetens dokumentation**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5 kap 6 om dokumentation ska den som verkställer en insats dokumentera genomförandet.

- anordnaren ska inom en månad från beställningen upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde och dennes eventuella företrädare. Som grund för genomförandeplanen är biståndsbeslutet och beställningen.
- i genomförandeplanen ska målet med insatsen framgå, hur och när den beviljade insatsen/insatserna ska utföras och när en uppföljning av genomförandeplanen skall göras.
- genomförandeplanen skall vara undertecknad av den enskilde och vara väl känd för all berörd personal.
- genomförandeplanen ska uppdateras minst 1 gång årligen eller vid behov.
- genomförandet ska dokumenteras fortlöpande i en socialjournal. Av journalen ska det bl a framgå förändrade behov, om det inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat. Även klagomål av större vikt ska dokumenteras.

Genomförandeplanen ska inhämtas och förvaras i den enskildes akt. Om genomförandeplanen inte bedöms överensstämma med de syfte och mål som beslutats ska handläggare begära en revidering av genomförandeplanen.

### **12.7 Uppföljning**

Senast fem veckor innan pågående insatsperiod löper ut ska information om att insatsen är på väg att upphöra ges till den enskilde utifrån den enskildes förmågor.

### **12.8 Ansökan om ny period**

Om den enskilde önskar ansöka om en ny period med boendestöd ska uppgifter om genomförandet inhämtas från boendestödet. Bedömning ska göras om personen fortfarande tillhör målgruppen. Man ska också göra en uppföljning över om genomförandet överensstämmer med genomförandeplanen.

Ifall den enskilde inte kommer på inbokat besök eller kan nås på annat sätt så kan man i undantagsfall fatta beslut om att förlänga insatsen under en kortare tid (max en månad). Förutsättningen för detta är att en boendestödjare gör bedömningen att insatsen fungerar väl och att den enskilde skulle fara illa av att insatsen upphör.

### **12.9 Avslut av insats**

Den enskilde kan när som helst säga upp boendestödet. Boendestödet kan även avslutas om den enskilde inte medverkar. Avslut ska i möjligaste mån ske personligen med den enskilde. Har man inte möjlighet att träffa

personen så skickar man ett brev med besked om att insatsen avslutas och att personen är välkommen tillbaka med ny ansökan vid behov.

Vid avslut upprättas handling ”Uppdrag socialpsykiatri slut” vilken sänds till boendestödjare.

## **13. Kontaktperson**

### **13.1 Målgrupp**

Målgrupp för kontaktperson är personer med psykiska funktionsnedsättningar som förväntas bestå under en längre tid och som har ett bristfälligt socialt nätverk, som själv inte kan tillgodose behovet av samvaro med andra och inte heller kan tillgodose behovet av en meningsfull fritid. Personen som blir aktuell för insatsen är i en ålder mellan 18 och 64 år.

### **13.2 Syfte**

Kontaktperson beviljas när den sökande har behov av att bryta isolering, att kunna delta i samhällets aktiviteter och som behöver råd och stöd i situationer som inte är av så komplicerad art att det krävs att en god man anlitas.

### **13.3 Mål**

Målet med kontaktperson är att den som p g a psykisk ohälsa möter betydande svårigheter i sitt vardagsliv ges möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Målsättningen är att individen i förlängningen skall kunna klara sig själv.

### **13.4 Uppdraget som kontaktperson**

Insatsen kontaktperson är ett icke professionellt stöd som ges av en medmänniska som anses lämplig för uppgiften. Den enskildes hjälpbehov är avgörande för vilka kvalifikationer kontaktpersonen ska ha. Det är hjälpbehoven som avgör uppdragets omfattning och art. Kontaktperson kan beviljas om den enskilde saknar eller har mycket liten kontakt med anhöriga, har ensamt boende, saknar arbetsgemenskap, saknar någon att umgås med på fritiden och själv inte har förmåga att ta kontakt med andra.

Omfattning av hur ofta kontaktpersonen och den sökande träffas beviljas utifrån den sökandes behov. Anhörig kan inte förordnas som kontaktperson. Kontaktpersonen kan vara behjälplig vid personliga angelägenheter ex vis förmedla läkarbesök. Kontaktpersonen är ingen legal företrädare för den enskilde och kan därför inte företräda denne ex vis för ansökan om annan insats. Normalt ska kontaktperson inte beviljas för den som har ett fungerande kontaktnät. Särskild restriktivitet ska råda när det gäller personer boende i särskilt boende eftersom behovet normalt ska tillgodoses inom ramen för boendet. Restriktivitet gäller även för dem som via boendestöd fått beviljat aktiverande insatser för att bryta passivitet.

### **13.5 Kvalifikationer för kontaktperson**

Vid intresseanmälan från person som önskar bli kontaktperson genomförs en kontaktperson utredning i vilken det ska framgå personens lämplighet till uppdraget. Utdrag ur brott- och misstankeregistret och socialregistret inhämtas. Ett godkännande till uppdrag som kontaktperson medges enligt 3 kap 6 § SoL.

### **13.6 Månadsrapportering**

Kontaktpersonen för ingen journal. Kontaktperson lämnar in månadsrapport som skall vara handläggaren tillhanda senast den 5:e månaden efter. Har inte månadsrapport inkommit inom 3 månader så avslutas uppdraget.

### **13.7 Utredning**

Kontaktperson utgår från ett individuellt biståndsbeslut. I utredningen ska framgå eventuell diagnos, bedömning att personen ingår i målgruppen, kortfattad historik, aktuell situation, mål och syfte med insatsen. En genomförandeplan upprättas av handläggare i samråd med den enskilde. I planen skall framgå målet med insatsen, vad som ingår i kontaktpersonens uppdrag, omfattningen av uppdraget och tid för uppföljning.

### **13.8 Beslut**

Beslutet fattas enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen. Beslut om kontaktperson tidsbegränsas alltid och beviljas högst 1 år i taget. Beslutsfattaren är ansvarig för att kontaktperson rekryteras samt även ansvarig för verkställighet.

## **14. Sysselsättning**

Enligt Socialtjänstlagen ska kommunen medverka till att personer med psykiska funktionsnedsättningar får en meningsfull sysselsättning. Sysselsättning beviljas som individuellt behovsprövat bistånd enligt 4 kap 1 § SoL.

### **14.1 Målgrupp**

Målgrupp för sysselsättning är personer med psykisk ohälsa och som har svårigheter att klara av vardagslivet. Svårigheterna skall ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Sysselsättning erbjuds personer som inte står till arbetsmarknadens förfogande. Insatserna ska ha individuell målsättning och uppföljning.

### **14.2 Syfte**

Syftet med sysselsättning är att ge den enskilde möjligheter att delta i samhällets gemenskap och att ha samma levnadsvillkor som övriga.

Insatserna ska anpassas efter vars och ens behov och förutsättningar och ge utrymme för flexibla lösningar när det gäller målsättning, aktiviteter och närvarotid. Den enskilde ska vara delaktig och kunna påverka insatsens utformning. Sysselsättningen kan ha olika syften för olika personer. Syftet

kan vara:

- att ge ett aktivt innehåll under dagen och bidra till sociala kontakter och en fungerande vardagsstruktur.
- att öka den enskildes möjligheter att leva ett självständigare liv.
- rehabiliterande och bidra till den personliga utvecklingen samt öka delaktigheten i samhället och på sikt leda till arbete.

### **14.3 Mål för sysselsättningen**

Sysselsättningen ska uppnå något av följande mål:

- personen upplever sysselsättningen som meningsfull
- personens ensamhet och isolering bryts
- personen delaktighet i samhället ökar.

### **14.4 Tjänsten**

Sysselsättning kan anordnas av privata företag, sociala kooperativ, ideella organisationer eller liknande. Anordnare ska kunna erbjuda sysselsättning i egna lokaler inom Eda kommun. Lokaler och utrustning ska vara anpassade och godkända för sitt ändamål av berörda myndigheter.

Personer som ökar sin funktionsförmåga under tiden för insatsen ska om motivation och vilja finns stödjas till andra insatser såsom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Sysselsättningsutbudet kan ex vis vara:

- legoarbeten i olika former
- tillverkning
- hantverk
- skapande verksamhet
- catering
- lunchrestaurang
- tryckeriarbeten
- transporttjänster
- secondhand affär
- studiecirklar av olika slag, ex vis i livsstil, motion m m.

Anordnarens sysselsättningsverksamhet ska nyttjas per timme. Anordnaren ska erbjuda sysselsättningen mellan kl 08.00-17.00, helgfria vardagar, året runt med 4 veckors sommarsemester.

### **14.5 Beslut om insats**

Ansökan om sysselsättning kan ske skriftligt eller muntligt.

Sysselsättning utgår från ett individuellt biståndsbeslut. I utredningen ska framgå diagnos, bedömning att personen ingår i målgruppen, kortfattad

historik, aktuell situation samt mål och syfte med insatsen. Beslutet fattas enligt 4 kap 1 § SoL. Beslut om sysselsättning ska vara tidsbegränsade och beviljas för högst ett år. I beslutet fastställs inte antalet timmar utan beslut fattas i normalfallet att tjänstens omfattning är 55 timmar per person och månad. Önskar personen mer tid ska detta prövas.

I de fall personen har sjuk- eller aktivitetsersättning ska kontakt tas med Försäkringskassan för att informera dem om att personen kommer att påbörja en sysselsättning. Det är viktigt att de informeras om att det handlar om en sysselsättning som kan liknas vid daglig verksamhet och att det inte är fråga om någon arbetsträning. Detta för att undvika att Försäkringskassan i ett senare skede ifrågasätter rätten till ersättning. För personer med aktivitetsersättning finns dessutom möjlighet att hos Försäkringskassan ansöka om bl a resekostnader i samband med aktivitet.

Samtycke behövs för kontakt med Försäkringskassan och för att nödvändiga uppgifter ska kunna lämnas till utföraren.

#### **14.6 Anordnarens dokumentation**

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5 kap 6 om dokumentation ska den som genomför en insats dokumentera genomförandet.

- Anordnarens ska inom en månad från beställningen upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde och eventuella företrädare för denne. Grunden för genomförandeplanen är biståndsbeslutet och beställningen.
- Av genomförandeplanen ska det bl a framgå målet för insatsen, hur och när beviljade insatser ska utföras och när en uppföljning av genomförandeplanen ska göras.
- Genomförandeplanen ska uppdateras minst en gång per år och dessemellan vid behov.
- Genomförandet ska dokumenteras fortlöpande i en socialjournal. Av journalen ska det framgå ev förändrade behov, om det inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat samt ev klagomål av större vikt.

Genomförandeplanen ska inhämtas och förvaras i personens akt. Om genomförandeplanen inte bedöms överensstämma med de syften och mål som beslutats om skall handläggare begära en revidering av genomförandeplanen.

#### **14.7 Uppföljning och ansökan om ny period**

Uppföljning ska ske i god tid innan biståndsbeslutet upphör. Om personen önskar ansöka om sysselsättning för en ny period skall en ny ansökan göras. I samband med omprövning ska uppgifter om genomförandet inhämtas från anordnaren. I utredningen ska en bedömning göras om personen fortfarande tillhör målgruppen, att genomförandet överensstämmer med genomförandeplanen, att sysselsättningen överensstämmer med mål och syften med insatsen samt hur de aktuella behoven ser ut. Det är den enskilde



som i första hand avgör kvaliteten. Om han/henne inte är nöjd har denne rätt att byta anordnare.

## **15. Särskilt boende**

### **15.1 Målgrupp**

Särskilt boende är boende för personer som p g a funktionshinder inte klarar av att bo i ordinärt boende med stöd.

### **15.2 Syfte**

Insatser i form av särskilt boende syftar till att ge omvårdnad så att den enskilde inte far illa. Stödet ska vara till för att stärka och utveckla den enskildes förmågor och resurser. Insatserna ska vara utformade på ett sådant sätt att de innebär en ”hjälp till självhjälp”.

### **15.3 Mål**

Målet med särskilt boende är att den som p g a psykiska orsaker har svårigheter i sin livsföring ska få möjlighet att delta i samhällets gemenskap och kunna leva som andra. Målsättningen med boendet är att den enskilde tillsammans med personal från boendet ska utveckla strategier och rutiner som möjliggör denna att på sikt kunna klara sin vardag i eget boende och då i första hand med stöd.

### **15.4 Tjänsten**

I Eda kommun finns inget kommunalt boende och det blir då aktuellt med boende hos extern aktör. Särskilt boende innebär att personen har stöd i sin lägenhet/rum på samma sätt som inom boendestödet. Utöver det finns personalen till för att ge omvårdnad så att den enskilde inte far illa. De skall även vara ett stöd för att stärka och utveckla den enskildes egna förmågor och resurser.

Den enskildes individuella behov ska vara styrande hur stödet utformas.

Behov av särskilt boende anses föreligga om personen:

- uttrycker stark/ständig oro eller är en fara för sig själv
- p g a betydande psykiska skäl inte kan bo i ordinärt boende
- har ett omfattande psykiskt funktionshinder
- har omfattande behov av hjälp till stöd, struktur och trygghet.

### **15.5 Beslut**

Beslut om extern placering fattas av vårdutskottet. Utredning till utskottet ska följa den mall som gäller för utskottsärenden. Vid val av särskilt boende ska man i första hand utgå från den enskildes önskemål.

#### **15.5.1 Boendets dokumentation**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5 kap 6 om dokumentation ska den som genomför en insats dokumentera



genomförandet.

- ansvariga för boendet ska inom en månad från beställningen upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde och eventuella företrädare för denne. Grunden för genomförandeplanen är biståndsbeslut och beställning.

- av genomförandeplanen ska bl a framgå målet för insatsen, hur och när beviljade insatser ska utföras och när uppföljning av planen skall göras.

- genomförandeplanen ska vara undertecknad av den enskilde och vara väl känd för all personal.

- genomförandeplanen ska uppdateras en gång per år samt dessemellan vid behov.

- genomförandet ska dokumenteras fortlöpande i en socialjournal. Av journalen ska det bl a framgå ev förändrade behov, om det har inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat samt ev klagomål av vikt.

Genomförandeplanen ska inhämtas och förvaras i den enskildes akt. Om bedömning görs att genomförandeplanen inte överensstämmer med de syften och mål som beslutats om skall handläggare begära en revidering av planen. Månadsrapporter skall inhämtas från externa aktörer.

#### **15.5.2 Uppföljning**

Uppföljning ska ske var 6:e månad. Bedömning ska göras om personen fortfarande tillhör målgruppen samt att insatser överensstämmer med mål och syfte och hur de aktuella behoven ser ut.

## **16. Samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och /eller den landstingsfinansierade öppna vården. Insatserna samordnas utifrån individens behov och förutsättningar.

Målgrupp för riktlinjerna är individer som efter utskrivning från slutenvården är i behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den landstingsfinansierade öppna vården. För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Samtliga berörda enheter ansvarar för att genomföra effektiva planeringsprocesser. Det är parternas gemensamma ansvar att tillräckliga resurser ges så att utskrivning från slutenvård sker på ett, för individen,

tryggt och effektivt sätt.

### **16.1 Syfte**

Genom samarbete med individen i fokus åstadkomma en god och säker vård på rätt vårdnivå och att övergångar mellan vårdformer sker med hög kvalitet.

### **16.2 Mål**

Att ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att individen känner sig trygg i samband med hemgång från slutenvård.

### **16.3 Fast vårdkontakt**

Den fasta vårdkontakten ska vara individens kontaktperson med ansvar att informera om aktuell utredning, behandling och planering samt säkerställa att individen, och vid behov närstående, har fått information om och görs delaktig i planeringen av vård och behandling.

- samordna vårdens insatser för individen inom den egna verksamheten.
- samordna vårdens insatser för individen tillsammans med andra verksamheter vid behov.
- vid behov kalla till samordnad individuell planering (SIP).
- samverka med eventuellt övriga utsedda fasta vårdkontakter.
- förmedla kontakter med andra vårdgivare och huvudmän.
- stödja individen i kontakt med socialtjänst samt i förekommande fall andra myndigheter, ex vis Försäkringskassan.
- ansvara för dokumentation enligt instruktion för fast vårdkontakt.

### **16.4. Samordnad individuell plan**

Samordnad individuell plan ska genomföras när det är mest optimalt för individen. Samtliga berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs upp. För samordnad individuell plan krävs samtycke från individen.

### **16.5 Informationsöverföring**

Det är av största vikt att utskrivningsprocessen blir trygg och effektiv. Förutsättningen för detta är en god informationsöverföring mellan berörda enheter. Informationsöverföringen ska ske via aktuellt IT-stöd.

## **17. Landstingets ansvar**

### **17.1 Sluten vård**

Inom 24 timmar efter att individen har skrivits in ska berörda enheter i kommun och den landstingsfinansierade öppna vården underrättas med ett inskrivningsmeddelande. Meddelandet ska innehålla personuppgifter och

uppgift om när individen beräknas vara utskrivningsklar.

När individen bedöms vara utskrivningsklar ska den slutna vården, utan dröjsmål, underrätta berörda enheter.

En underrättelse i enlighet med 7 a § 3 st lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård motsvarar underrättelse enligt föregående stycke. För en individ som tvångsvårdas enligt lagen om (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård måste den behandlande läkarens bedömning om att patienten är utskrivningsklar i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra. Det innebär att den behandlande läkarens egna medicinska bedömning måste i dessa fall föregås av beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra, för att patienten ska anses vara utskrivningsklar.

Inför hemgång ska:

- individen ha fått samlad skriftlig information. Vad den skriftliga informationen ska innehålla framgår av 3 kap patientlagen (2014:821).

- väsentlig information ha överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

- nödvändiga läkemedel, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning vara tillgängliga för individen.

## 17.2 Öppen vård

När en berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen, utan dröjsmål, utse en fast vårdkontakt.

Den fasta vårdkontakten har, efter att den mottagit meddelande att individen är utskrivningsklar, ansvar för att inom tre dagar kalla berörda parter till en SIP. En kallelse till SIP ska skickas i de fall individen, den slutna vården, öppna vården och /eller kommunen så önskar. Till det krävs individens samtycke.

## 18. Kommunens ansvar

När berörd enhet i kommunen har fått ett inskrivningsmeddelande påbörjas, utan dröjsmål, utredning och planering för individens hemgång.

Kommunen ansvarar för att individer kan återgå till hemmet, inom tre dagar, efter att de mottagit meddelande att individen är utskrivningsklar.

Kommunen ansvarar för att nödvändiga hjälpmedel är tillgängliga för individen i samband med hemgång.

## 19. Ekonomisk reglering – Somatisk vård

Ekonomisk reglering inträder **tre** dagar efter att meddelande om utskrivningsklar har skickats. Om meddelandet skickas efter **kl 12.00** ska kommunens betalningsansvar inträda **fyra** dagar efter det att meddelandet skickats.

### 19.1 Kommunens betalningsansvar

Kommunens betalningsansvar inträder om:

- den slutna vården har underrättat berörda enheter inom kommunen med ett inskrivningsmeddelande.
- den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att individen är utskrivningsklar.
- den fasta vårdkontakten har kallat till en samordnad individuell planering (i de fall samordnad individuell planering ska genomföras).

Kommunens betalningsansvar inträder inte:

- om individen inte kan skrivas ut från den slutna vården p g a att sådana insatser som den landstingsfinansierade vården är ansvarig för inte finns tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Kommunen ska lämna ersättning för vård av utskrivningsklara individer med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden för riket för ett vårddygn i den slutna vården. Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer årligen beloppet.

Kostnad per dygn 2018 är fastställt till 7.100 kr.

## 20. Tvist

Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om tvisten inte kan lösas där lyfts problemet till Beredningsgruppen. I Beredningsgruppen finns representation med fem deltagare från landstinget och fem från kommunerna. Namn på deltagarna finns på Region Värmlands hemsida.

Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.