

# Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa

- Alla barn upp till och med 17 år
- Barn och unga upp till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet
- Barn upp till och med 17 år med psykisk funktionsnedsättning
- Unga och unga vuxna upp till och med 24 år utifrån ungdomsmottagningens/ungdomshälsans uppdrag
- Barn, unga och unga vuxna som ingår i elevhälsans målgrupp



Giltig fr.o.m.  
2022-01-01

Giltig t.o.m.  
2025-01-01

Diarienummer  
RD20/04734

Versionsnummer  
Version 1

För verksamhet  
Länets kommuner och Region Dalarna

Godkänd av  
Länsnätverket för förvaltningschefer 2021- 06-11  
Välfrädrådet 2021-XX-XX



<b>Dokumenttyp</b> Länsövergripande överenskommelse	<b>Dokumentnamn</b> Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa.
<b>Giltig från och med</b> 2022-01-01	<b>Giltig till och med</b> 2025-01-01
<b>Ansvarig för revidering</b> Region Dalarna	<b>Diarienummer:</b> RD20/04734
<b>Version</b> Version 1	<b>Godkänd av</b> Länsnätverket för förvaltningschefer 2021-06-11 Välfärdsrådet 2021-XX-XX
<b>Dokumenthistorik</b> Dokument som har utgått:  "Länsövergripande överenskommelse om samverkan och samarbete inom Dalarna, Barn och unga, 0 t.o.m. 17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning". Giltig fr.o.m 2017-01-01 t.o.m. 2019-12-31.  "Länsövergripande överenskommelse om ungdomsmottagningar" Giltig fr.o.m. 2016-11-01 t.o.m. 2019-10-31.  "Regional samverkansrutin vid familjehemsplacering, för socialtjänst, BVC, förskola och skola. Giltig fr.o.m. 2013-12-17 tills revidering är gjord".  "Länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning- för barn som placeras med [stöd av SoL/LVU]. Giltig fr.o.m. 2016-01-01 tills revidering är gjord utifrån nya BBIC".  "Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning giltig fr.o.m. 2019-02-08 till 2020-01-31".	<b>Parter</b> <input type="checkbox"/> Region Dalarna <input type="checkbox"/> Avesta kommun <input type="checkbox"/> Borlänge kommun <input type="checkbox"/> Falu kommun <input type="checkbox"/> Gagnefs kommun <input type="checkbox"/> Hedemora kommun <input type="checkbox"/> Leksand kommun <input type="checkbox"/> Ludvika kommun <input type="checkbox"/> Malung-Sälens kommun <input type="checkbox"/> Mora kommun <input type="checkbox"/> Orsa kommun <input type="checkbox"/> Rättviks kommun <input type="checkbox"/> Smedjebackens kommun <input type="checkbox"/> Säters kommun <input type="checkbox"/> Vansbro kommun <input type="checkbox"/> Älvdalens kommun  Kommunerna benämns i överenskommelsen gemensamt <i>kommunerna</i> och var för sig <i>kommun</i> .  Region Dalarna benämns <i>regionen</i> . Kommunerna och Region Dalarna benämns gemensamt <i>parterna</i> eller <i>huvudmännen</i> .

Underskrift:

\_\_\_\_\_  
Ulrika Gärdback  
Ordförande Länsnätverket för förvaltningschefer

\_\_\_\_\_  
Jeanette Hjortsberg  
Vice ordförande Länsnätverket för förvaltningschefer

\_\_\_\_\_  
Sofia Jarl  
Ordförande Välfärdsrådet

\_\_\_\_\_  
Susanne Berger  
Vice ordförande Välfärdsrådet

## Innehåll

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrund	5
1.2	Syfte med överenskommelsen	6
1.3	Målgrupp	6
1.4	Gemensamma mål med överenskommelsen	6
1.5	Framtagande av den regionala överenskommelsen	7
1.5.1	Dalarnas samverkans- och stödstruktur	7
1.6	Utgående dokument	8
1.7	Definitioner av begrepp i dokumentet	8
<b>2.</b>	<b>Utgångspunkter</b>	<b>9</b>
2.1	Jämställdhet och jämlikhet	9
2.2	God och nära vård	9
2.3	Skyldighet att samverka	10
2.4	Barns bästa, barns rätt till information och att uttrycka sin åsikt	10
<b>3.</b>	<b>Gemensamt ansvar för kommun och region</b>	<b>10</b>
3.1	Främjande, förebyggande, tidig upptäckt och tidiga insatser	11
3.1.1	Ofödda barn	12
3.1.2	Barnhälsovård	12
3.1.3	Förskola	13
3.1.4	Skola	13
3.1.5	Tidiga insatser vid missbruk hos barn och unga	13
3.1.6	Suicidprevention och stöd till efterlevande	13
3.2	Sammanhållna verksamheter och arbetssätt	14
3.2.1	Samverkan 0-6 år	14
3.2.2	Samverkan 6-12 år	15
3.2.3	Samverkan 13-24 år	15
3.2.4	Barnahus	16
3.3	Barn som tillhör personkrets LSS	16
3.4	Ansvar för hjälpmedel	17
3.5	Barn som anhöriga	17
3.6	Samordnad individuell plan	17
3.7	Samverkan vid utskrivning från slutenvård	18
3.8	Sekretess	18
3.9	Orosanmälan	19

---

<b>4.</b>	<b>Kommunens ansvar</b>	<b>20</b>
4.1	Socialtjänst	20
4.2	Skola	20
<b>5.</b>	<b>Regionens ansvar</b>	<b>20</b>
<b>6.</b>	<b>Särskilt för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet</b>	<b>21</b>
6.1	Definition av boendeformer	21
6.2	Folkbokföring	21
6.3	Samverkan och ansvarsfördelning inför vård utanför det egna hemmet	22
6.3.1	Samverkan mellan skola och socialtjänst	22
6.3.2	Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst	22
6.4	Under placering	24
6.5	Vid avslut	24
6.6	Kostnadsansvar	24
<b>7.</b>	<b>Lokala överenskommelser</b>	<b>25</b>
7.1	Framtagande av lokala överenskommelser	25
7.2	Innehåll i lokala överenskommelser	26
<b>8.</b>	<b>Implementering</b>	<b>28</b>
<b>9.</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>28</b>
9.1	Systematisk uppföljning och analys	28
<b>10.</b>	<b>Avvikelser och hantering av tvister</b>	<b>29</b>
10.1	Avvikelser	30
10.2	Tvist på regional nivå	30
10.3	Tvist på lokal nivå	30
<b>11.</b>	<b>Giltighetstid</b>	<b>31</b>
<b>12.</b>	<b>Ikraftträdande</b>	<b>31</b>
<b>13.</b>	<b>Utvärdering och revidering</b>	<b>32</b>

---

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Denna överenskommelse utgör ett länsövergripande styrdokument för Region Dalarnas hälso- och sjukvård och Dalarnas kommuner, med syfte att stödja den regionala och lokala nivån i samverkansfrågor rörande barns och ungas hälsa. Dokumentet innehåller även delar som rör unga vuxna till och med 24 år.

Överenskommelsen utgör en grund för lokala samverkansöverenskommelser i varje kommun, mellan den enskilda kommunen och regionen, utifrån specifika förutsättningar och behov på den lokala nivån.

Barn och unga möter många instanser med betydelse för hälsan, under sin barndom och sina ungdomsår. Det ofödda barnet kommer i stort sett alltid i kontakt med mödrahälsovården (MHV) och barnet senare med barnhälsovården (BHV).

Vidare möter barn och unga tandvården, förskolan, grundskolan, elevhälsan, gymnasieskolan, vårdcentralen, inklusive samtalsmottagningen för barn och unga/SBU, ungdomsmottagningen/ungdomshälsan (UM/UH) och vid behov habiliteringen (HAB), barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (BUM), logopedimottagningen, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt socialtjänsten.

Inte sällan krävs insatser från flera aktörer i samverkan och barnets, ungdomens eller den unge vuxnes hälsa behöver ses i ett helhetsperspektiv.



Barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa slås fast i FN:s konvention om barnets rättigheter, artikel 24, liksom att barnets bästa alltid ska komma i främsta rummet vid alla beslut och insatser som rör barn, artikel 3<sup>1</sup>. Från och med 1 januari 2020 är FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag. Det är den viktigaste reformen för barn i Sverige på 30 år. För att på bästa möjliga sätt understödja barns- och ungas hälsa krävs samarbete och samverkan mellan aktörerna.

I Dalarna har samverkan hittills reglerats i flera olika överenskommelser för separata verksamheter eller insatser, varav flera har löpt ut (se vidare 1:6).

<sup>1</sup> Se regeringen.se. Rapport (2018) "Konventionen om barnets rättigheter. Svenska".

Detta dokument är en ny och bredare överenskommelse mellan Region Dalarna och Dalarnas 15 kommuner om samverkan gällande barns och ungas hälsa/ohälsa ur ett helhetsperspektiv.

Överenskommelsen gäller såväl fysisk som psykisk hälsa och ett såväl främjande, förebyggande som behandlande perspektiv, från basnivå till specialistnivå.

## 1.2 Syfte med överenskommelsen

Syftet med överenskommelsen är:

- att stärka samverkan mellan huvudmännen, kommun och region, gällande barns och ungas hälsa/ohälsa, så att barn, unga och i förekommande fall deras vårdnadshavare, upplever att de får ett adekvat, snabbt och sammanhållet stöd utifrån behov.
- att klargöra huvudmännens specifika ansvarsområden tillika områden som förutsätter ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser gällande barns och ungas hälsa/ohälsa för att på så vis tillgodose individens behov av stöd utifrån ett helhetsperspektiv.
- att utveckla verksamheter genom att tillämpa bästa tillgängliga evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet med den enskilda individen.

Ytterst sett handlar det om att tillsammans utveckla en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen stöd- och vårdkedja av hög kvalitet för barn, unga och unga vuxna.

## 1.3 Målgrupp

Målgruppen för överenskommelsen är:

- Alla barn upp till och med 17 år
- Barn och unga upp till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet<sup>2</sup>
- Barn upp till och med 17 år med psykisk funktionsnedsättning<sup>3</sup>
- Unga och unga vuxna upp till och med 24 år utifrån ungdomsmottagningens/ungdomshälsans uppdrag
- Barn, unga och unga vuxna som ingår i elevhälsans målgrupp

## 1.4 Gemensamma mål med överenskommelsen

Målen med överenskommelsen är:

- att alla barns, ungas och unga vuxnas bästa uppnåeliga hälsa ska säkerställas i hela länet.
- att förskola, skola, region och socialtjänst samordnar sitt arbete med barn, unga och familjer, gällande såväl främjande och förebyggande arbete som vid indikerat behov av stöd, så att barn, unga och familjer i Dalarna får rätt hjälp i rätt tid.
- att tidiga insatser ges i barnets/den unges naturliga miljö och med samlad kunskap om dennes hela levnadssituation.

---

<sup>2</sup> Kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att ingå överenskommelser om samverkan kring målgruppen, se avsnitt 2.3.

<sup>3</sup> Motsvarande som enligt fotnot 2.

- att överenskommelsen ska utgöra grund för framtagande och implementering av lokala samverkansöverenskommelser i varje enskild kommun gällande barn, unga och unga vuxna.

En förutsättning för att lyckas i arbetet är att det i varje kommun finns en tydlig struktur för samverkansfrågor för parterna i överenskommelsen gällande barn, unga och unga vuxna som inkluderar politisk nivå och tjänstemannanivå.

### **1.5 Framtagande av den regionala överenskommelsen**

Denna överenskommelse är framtagen i bred samverkan mellan kommunerna i Dalarna och Region Dalarna inom ramen för Dalarnas samverkans- och stödstruktur (se 1.5.1). Arbetet har letts av en utvecklingsledare från Avdelningen för hälsa och välfärd i Region Dalarna och haft sin utgångspunkt i en arbetsgrupp och en referensgrupp.

Grupperna har bestått av representanter från bl.a. socialtjänst, skola, elevhälsa, BUM, BUP, habilitering, mödra- och barnhälsovård och ungdomsmottagning. Representanterna i såväl arbetsgrupp som referensgrupp har varit utsedda av Länsnätverket för förvaltningschefer (se 1.5.1) genom en nomineringsprocess.

En självklar utgångspunkt i arbetet med överenskommelsen har varit barnrättsperspektivet i enlighet med FNs konvention om barnets rättigheter <sup>4</sup>.

Artikel 12 slår fast barnets rätt till åsiktsfrihet och rätten att bli hörd. Praktiskt har detta beaktats genom att i referensgruppen inkludera brukarrörelsen genom Barn- och ungdomspsykiatriens (BUPs) brukarråd samt att genom ett stormöte med ett stort antal ungdomsutvecklare från sex olika kommuner i Dalarna inhämta synpunkter om samverkan.

När frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse fortleddes planeras och följs upp ska brukarföreträdare ges möjlighet till delaktighet och inflytande på regional nivå och om möjligt även på lokal nivå.

#### **1.5.1 Dalarnas samverkans- och stödstruktur**

Den regionala samverkans- och stödstrukturen, RSS Dalarna, verkar på länsnivå med kunskapsstyrning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt med att stödja samverkan mellan länets femton kommuner och Region Dalarna. RSS drivs genom Avdelningen för hälsa och välfärd i Region Dalarna.

En samordning av arbetet inom RSS sker också med regionens system för kunskapsstyrning<sup>5</sup>.

RSS Dalarna är uppbyggd genom olika grupperingar:

- **Välfärdsrådet** är ett politiskt samverkansorgan på övergripande och strategisk nivå för länets socialtjänst och hälso- och sjukvård<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Se regeringen.se. Rapport (2018) "Konventionen om barnets rättigheter. Svenska".

<sup>5</sup> Målet med kunskapsstyrning är att nå en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg av hög kvalitet. Kunskapsstyrningens delar (kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap) främjar en evidensbaserad praktik (EBP). Läs mer om kunskapsstyrningen på SKR:s hemsida och Region Dalarnas hemsida.

<sup>6</sup> Välfärdsrådets ledamöter utgörs av ordförande i socialnämnd eller motsvarande nämnd från länets femton kommuner. Regionens ledamöter består av presidiet i Region Dalarnas hälso- och sjukvårdsnämnd (se Instruktion, på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS)).

- **Länsnätverket för förvaltningschefer** ("Länschefsnätverket") är ett samverkansorgan på högsta tjänsteledningsnivå för länets socialtjänst och hälso och sjukvård<sup>7</sup>.
- **Lokala arbetsgrupper (LAG) och referensgrupper** utgör operativa arbetsgrupper som består av adekvata kompetenser/funktioner från kommuner och regionen. LAG får uppdrag av Länschefsnätverket<sup>8</sup>.

## 1.6 Utgående dokument

Följande tidigare dokument utgår och ersätts av denna nya överenskommelse:

- "Länsövergripande överenskommelse om samverkan och samarbete inom Dalarna, Barn och unga, 0 t.o.m. 17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning". Giltig fr.o.m. 2017-01-01 t.o.m. 2019-12-31.
- "Länsövergripande överenskommelse om ungdomsmottagningar". Giltig fr.o.m. 2016-11-01 t.o.m. 2019-10-31.

Gällande placerade barn har nedanstående dokument utgått och ersatts av avsnitt 6 i denna överenskommelse i kombination med "Länsövergripande rutin vid hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet".

- "Regional samverkansrutin vid familjehemsplacering, för socialtjänst, BVC, förskola och skola. Giltig fr.o.m. 2013-12-17 tills revidering är gjord".
- "Länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning- för barn som placeras med [stöd av SoL/LVU]. Giltig fr.o.m. 2016-01-01 tills revidering är gjord utifrån nya BBIC".
- "Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning giltig fr.o.m. 2019-02-08 till 2020-01-31".

## 1.7 Definitioner av begrepp i dokumentet

**Samverkan:** en process som är ämnad att skapa *nyttänkande, nytt agerande, ny förståelse och nytt lärande i en specifik fråga*. Samverkan innebär ett gemensamt agerande och *gemensam handling*<sup>9</sup>. Samverkan skapas genom delaktighet, lyhörd dialog, förståelse för varandras förutsättningar och ett gemensamt ansvar för helheten<sup>10</sup>. Samarbete innebär gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift<sup>11</sup>. I samverkan och samarbete sker kunskapsutbyte vilket också berikar professionerna och möjliggör att resurserna används mer effektivt.

**Samordning:** koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> I Länschefsnätverket representeras kommunerna av högsta chefstjänstemannaledning från socialtjänstförvaltningen (eller dylik förvaltning). Regionen representeras av chefer inom hälso- och sjukvårdsledningen (se Arbetsordning, på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS)).

<sup>8</sup> Benämningen LAG är hämtat från det nationella systemet för kunskapsstyrning och ska inte förväxlas med en LAG som kan utses för att motsvara grupperingar på sjukvårdsregional (s.k. RAG) eller nationell nivå (s.k. NAG).

<sup>9</sup> Partnerskapet som verkar inom kunskapsstyrningsfrågor för socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård använder denna definition. Läs mer om Partnerskapet på SKR:s hemsida. Källa: Bottheim, K. & Zingmark, A. (u.å.). Samverkansmodellen – en modell för att leda samverkan strategiskt. Länka Consulting. Läs mer om samverkan i rapporten "Dimensioner för framgångsrik samverkan".

<sup>10</sup> Unilink. Samverkansmodellen En modell för att leda samverkan strategisk- Dimensioner för framgångsrik samverkan.

<sup>11</sup> Socialstyrelsens termbank

<sup>12</sup> Socialstyrelsens termbank



**Länsövergripande samverkansöverenskommelse:** En länsgemensam skriftligt undertecknad överenskommelse mellan varje kommun och Region Dalarna som reglerar och beskriver hur de två huvudmännen ska samverka och samarbeta.

**Barn:** Individer under 18 år.

**Barn och unga:** I detta dokument används begreppen barn och unga med betydelsen alla barn och unga upp till och med 20 år.

**Unga vuxna:** I detta dokument används begreppet i betydelsen individer i åldern 21 till och med 24 år.

**Hälsa:** Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning<sup>13</sup>. I dokumentet inkluderas fysisk, psykisk, social, sexuell och oral hälsa.

**Funktionsnedsättning:** En nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga<sup>14</sup>.

**Förebyggande arbete:** Avser här både att undvika framtida ohälsa och att undvika att ett tillstånd förvärras.

**Främjande arbete:** Avser här att erbjuda och möjliggöra en god hälsa för samtliga barn, unga och unga vuxna.

## 2. Utgångspunkter

Överenskommelsen utgår från FN:s Konvention om mänskliga rättigheter<sup>15</sup>, Barnkonventionen<sup>16</sup> och Agenda 2030<sup>17</sup>.

### 2.1 Jämställdhet och jämlikhet

Överenskommelsen har sin utgångspunkt i jämställdhet och jämlikhet. Det handlar om att alla barn, unga och unga vuxna (oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning eller sexuell läggning) i lika stor utsträckning får främjande och förebyggande insatser, utredning, vård, stöd eller behandling utifrån sina behov. Vården/insatsen ska hålla en god kvalitet oavsett vem den enskilde är<sup>18 19</sup>.

### 2.2 God och nära vård

Överenskommelsens ligger i linje med den ambition som finns relaterat till den nationella satsningen God och nära vård avseende delaktighet, närhet och rätt vård i rätt tid<sup>20 21</sup>. Omställningen mot en God och Nära vård har sin utgångspunkt i de många fördelar som finns med att arbeta med mer sammanhållna verksamheter och arbetssätt. Ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa är centralt, så att sammanhållna insatser som håller över tid åstadkoms.

<sup>13</sup> Världshälsorganisationen, WHO

<sup>14</sup> Socialstyrelsens hemsida- Stöd i arbetet- Stöd inom funktionshinderområdet

<sup>15</sup> Regeringskansliets hemsida – Informationsmaterial (2012) "FN:s konventioner om mänskliga rättigheter".

<sup>16</sup> Socialstyrelsens hemsida- Stöd i arbetet. "Barnets rättigheter och barnkonventionen".

<sup>17</sup> Regeringskansliet- "Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling".

<sup>18</sup> SKR- rapporten:(O)jämställdhet i hälsa och vård - en genusmedicinsk kunskapsöversikt.

<sup>19</sup> Jämställ.nu

<sup>20</sup> Regeringskansliet -En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

<sup>21</sup> Regeringskansliet. Statens offentliga utredningar. "God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem SOU 2020:19".

Det finns ett starkt ömsesidigt samband mellan hälsa, lärande och trygghet, varför det är viktigt att inkludera alla dessa perspektiv i verksamheter och arbets sätt som rör barns och ungas hälsa och utveckling.

Samverkansfrågor gällande barn och unga kommer att vara en del av den övergripande strategiska planen för God och Nära vård i Dalarna.

### **2.3 Skyldighet att samverka**

Myndigheter har en allmän skyldighet att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter<sup>22</sup>. Särskild skyldighet att samverka gäller t.ex. barn som far illa eller riskerar att fara illa<sup>23</sup>. Kommuner och regioner är även enligt lag skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete gällande tre målgrupper:

1. Personer med psykisk funktionsnedsättning (5 kap. 8 § SoL och 16 kap. 3 § HSL).
2. Personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL).
3. Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL).

Denna överenskommelse om samverkan innefattar de lagstadgade samarbetsöverenskommelser som huvudmännen är skyldiga att ingå gällande målgrupperna under punkt 1 och 3 ovan. Den innefattar också andra målgrupper som finns nämnda i punkt 1.3 Målgrupp i detta dokument.

Gällande personer med psykisk funktionsnedsättning finns en separat länsövergripande överenskommelse som gäller från 18 år<sup>24</sup>. Målgruppen under punkt 2 ovan, d.v.s. personer som missbrukar, regleras i separat regional överenskommelse<sup>25</sup>.

### **2.4 Barns bästa, barns rätt till information och att uttrycka sin åsikt**

Vid alla åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Vid bedömningen av barnets bästa ska hänsyn tas till barnets åsikter. Samverkansarbetet ska genomsyras av barns möjlighet till inflytande och delaktighet.

Med utgångspunkt i barnkonventionen ansvarar varje verksamhet för att ge barnet en möjlighet att uttrycka sin mening och att deras åsikter ska beaktas utifrån ålder och mognad, se vidare Socialstyrelsens kunskapsstöd om att bedöma barns mognad för delaktighet<sup>26</sup>. Med utgångspunkt i detta bör barn och unga i Dalarna involveras både i det enskilda ärendet men också i utvecklingen av samverkansarenor och verksamheter som riktar sig till barn och unga.

## **3. Gemensamt ansvar för kommun och region**

Kommunerna ansvarar för att klargöra ansvarsområden och skapa samarbetsrutiner för verksamheter inom kommunen. Regionen har motsvarande ansvar inom regionen.

---

<sup>22</sup> 8 § Förvaltningslag (2017:900).

<sup>23</sup> 5 kap § 8 HSL- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), 14 kap. 1 § SoL- Socialtjänstlag (2001:453), 29 kap. 13 §. Skoll- Skollag (2010:800).

<sup>24</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS). "Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och region i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år".

<sup>25</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS). "Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar".

<sup>26</sup> Socialstyrelsens kunskapsstöd (2015) "Bedöma barns mognad för delaktighet".

Varje verksamhet ansvarar för insatser inom ramen för sitt ansvarsområde och gällande lagstiftning. Kommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver, men det inskränker inte det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Samverkan ska ske på alla nivåer, från förebyggande och hälsofrämjande arbete till specialistvård.

Varje verksamhet och varje enskild medarbetare ska arbeta enligt definitionen av samverkan (punkt 1.7) och därmed arbeta för att individens hälsa ses i en helhet och att barnet eller den unge inte "faller mellan stolarna". Det är inte alltid helt tydligt vem som har ansvar för vad och ofta går ansvaren ihop och är gemensamma – därför måste parterna tillsammans skapa en bra helhetslösning för den enskilde utifrån dennes behov.

Alla ska ha en grundläggande hållning om att hjälpa till och bistå med barnet, ungdomen eller den unge vuxne i centrum.

Detta sker t.ex. genom att varje verksamhet och medarbetare

- tar reda på vilka andra insatser som ges
- anpassar sina egna insatser till vad som erbjuds i övrigt
- initierar samverkan när det finns behov

### **3.1 Främjande, förebyggande, tidig upptäckt och tidiga insatser**

Det främjande och förebyggande arbetet för barns och ungas hälsa behöver prioriteras i Dalarna för att gynna hälsan hos alla barn, unga och unga vuxna oavsett kön, ålder och bakgrund.

Tidig upptäckt och tidiga insatser kan handla om att intervensera tidigt i ett barns liv. Det kan även handla om att komma in tidigt i en problemutveckling eller innan ett problem har utvecklats hos barnet, den unge eller den unge vuxne. Parterna har ett gemensamt ansvar för detta. Viktiga aspekter för att möjliggöra tidig upptäckt och tidiga insatser är hög tillgänglighet och låg tröskel till stöd, hjälp och vid behov också behandling.

Det är viktigt att inte bara lägga fokus på att upptäcka symtom och minska riskfaktorer i barns, ungas och unga vuxnas liv, utan även att stärka skyddande faktorer. Det kan röra sig om olika nivåer gällande inre faktorer, i närmiljön och i samhället i stort, t.ex. att kartlägga och stärka familjens och nätverkets egna resurser.

Det är särskilt viktigt att uppmärksamma barn, unga och unga vuxna som har eller riskerar att utveckla psykisk eller fysisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning.

Den fysiska och psykiska hälsan är tätt sammankopplade. Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på den kroppsliga hälsan hos barn och unga med psykisk funktionsnedsättning då de inte alltid söker eller får rätt tillgång till hälso- och sjukvård och samtidigt utgör en riskgrupp för att i förlängningen utveckla allvarliga sjukdomstillstånd, inte minst livsstilsrelaterade sjukdomar.

Att omsorgspersonerna i barnets eller ungdomens närmiljö får bästa möjliga stöd ligger i barnets eller ungdomens intresse. Ju yngre barnet är desto större del av insatserna görs genom föräldrarna.

### 3.1.1 Ofödda barn

Om en gravid kvinna har kontakt med någon av huvudmännens verksamheter behöver eventuella risker för det ofödda barnet speciellt beaktas och behov av samverkan med andra aktörer särskilt övervägas.

Ofödda barn riskerar att bli särskilt utsatta då barnet blir egen juridisk person först efter förlossning. Områden som särskilt behöver belysas i det avseendet är förälders riskbruk/missbruk, psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning samt bristande föräldraförmåga. Möjlighet finns att söka stöd hos socialtjänsten och de blivande föräldrarna bör motiveras till detta om behov finns. Den blivande föräldern kan då lämna en ansökan om stöd till socialtjänsten. Socialtjänsten ansvarar för att ansökan handläggs inom rätt verksamhet utifrån ansökans innehåll samt att det fattas beslut om eventuellt bistånd.

I de fall det finns identifierade riskfaktorer i föräldraförmågan som medför en oro för det ofödda barnet (se ovan) och den blivande föräldern själv inte söker stöd eller hjälp, bör den som känner oro för det ofödda barnet göra en orosanmälan till socialtjänsten. Om andra barn finns i familjen ska också detta beaktas i anmälan.

I socialtjänstens bedömning av anmälan ska risker för skada på det ofödda barnet kunna vägas in och även verksamheter som missbruk och socialpsykiatri kan behöva involveras om oron handlar om förälders egna missbruk eller psykiska ohälsa.

Då förutsättningarna för socialtjänsten att bedriva arbete mot den enskildes egen vilja är begränsad, är det särskilt viktigt att ny orosanmälan görs när barnet är fött, där riskfaktorer har identifierats under graviditeten och oron kvarstår (se vidare avsnitt 3.9 Orosanmälan).

Om den psykiska hälsan hos den blivande föräldern behöver bedömas av läkare för exempelvis ställningstagande till Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) tas en kontakt med vårdcentral eller psykiatri.

### 3.1.2 Barnhälsovård

I Dalarna finns runt 19 000 barn i åldern 0-6 år och 99 % deltar i barnhälsovårdens program. Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

För att uppnå målen behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar och ytterligare förstärkta insatser till barn och föräldrar när det finns behov. Insatserna finns beskrivna i det nationella barnhälsovårdsprogrammet<sup>27</sup>.

En viktig målsättning med programmets utformning är att bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige.

---

<sup>27</sup>Läs mer på hemsidan för Rikshandboken barnhälsovård, nationella barnhälsovårdsprogrammet.

### 3.1.3 Förskola

I Dalarna går cirka 85 % av 1-5 åringarna i förskola. Detta gör förskolan till en viktig arena för främjande och förebyggande arbete, liksom tidig upptäckt och tidiga insatser för barn med risk att utveckla fysisk- eller psykisk ohälsa. I förskolans kontakter med föräldrar och vårdnadshavare är det viktigt att både upptäcka riskfaktorer men också att arbeta proaktivt för att förbättra barnens möjlighet att undvika ohälsa.

Förskolan bör på detta sätt fungera som en arena för att se till barnets hela hälsa och för samverkan med andra aktörer.

Exempelvis kan föräldramöten eller motsvarande användas för att andra aktörer som socialtjänst eller hälso- och sjukvården ska kunna ha en dialog med föräldrar på generell nivå.

### 3.1.4 Skola

Vid 6 års ålder börjar alla barn i den obligatoriska 10-åriga skolan. Detta gör förskoleklass, grundsärskolan, specialskolan och grundskolan till en mycket viktig arena för främjande och förebyggande arbete.

Inom de obligatoriska skolformerna samt gymnasieskolan finns alltid en elevhälsa med medicinsk-, psykologisk-, psykosocial- och specialpedagogisk kompetens. Tillsammans med ordinarie undervisning är elevhälsan av stor vikt för att tidigt upptäcka barn- och unga i riskgrupp.

Även i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan kan skolan bidra till att andra aktörer som socialtjänst och/eller hälso- och sjukvården ska kunna föra dialog med föräldrar. Dessutom kan exempelvis föräldraskapsstöd ordnas av skolan.

I Dalarna finns en rutin för ansvarsfördelning mellan skola, BUP och HAB för barn och ungdomar med misstänkt utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning<sup>28</sup>.

### 3.1.5 Tidiga insatser vid missbruk hos barn och unga

I Dalarna finns en överenskommelse om samverkan mellan kommun och region gällande personer som missbrukar<sup>29</sup>. Denna inkluderar även barn, unga och unga vuxna. Barn 13 - 17 år och unga vuxna 18 - 29 år med missbruk och beroende, lyfts också fram som en särskilt sårbar grupp.

### 3.1.6 Suicidprevention och stöd till efterlevande

Fortfarande sker omkring 1 200 suicid per år i Sverige. Av de som dog av suicid under 2019 var 5 barn under 15 år<sup>30</sup>. Stöd till efterlevande är mycket viktigt liksom arbete för suicidprevention.

Tidigare har suicidprevention setts främst som ett uppdrag för psykiatrin men på senare tid har denna bild breddats för att inkludera både kommunala verksamheter och andra regionala verksamheter samt den ideella sektorn. Riksdagen uppmanar till ett stort och brett samhällsengagemang där alla aktörer hjälper till utifrån sitt perspektiv för att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Rutin för ansvarsfördelning mellan Skola BUP och HAB, Barn och ungdomar med misstänkt utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning (under revidering)

<sup>29</sup> Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, RD21/00238

<sup>30</sup> Folkhälsomyndigheten Suicidprevention, statistik om suicid.

<sup>31</sup> Folkhälsomyndigheten (2008) "Ett nationellt Handlingsprogram för suicidprevention".

I Region Dalarna finns en handlingsplan för suicidprevention<sup>32</sup>.

### **3.2 Sammanhållna verksamheter och arbetssätt**

Genom utökad samverkan mellan regionen och kommunerna finns goda möjligheter att bättre hålla samman delar av första linjen och basverksamheter för barn och unga under ett gemensamt övergripande paraply, där verksamheterna för olika åldersgrupper länkar i varandra.

Risken att insatser tappas bort i övergångar mellan verksamheter och olika stadier i skolan minskar. SKR:s arbete för barn och ungas psykiska hälsa<sup>33</sup> har visat att samverkan och samordning också blir mer kostnadseffektivt och socialt hållbart ur ett vidare perspektiv.

I länet pågår ett flertal utvecklingsarbeten som syftar till att kunna ge barn och unga en mer sammanhållen vård- och stödkedja. En förutsättning för att åstadkomma detta är att utveckla samverkan mellan aktuella huvudmän och dess vårdverksamheter samt samordna olika slag av vård- och stödinsatser för barn och unga.

Målsättningen är, som med allt utvecklingsarbete, att pröva arbetsformer och arbetssätt, att synliggöra kvalitet och likvärdighet och se vad det leder till. Genom att följa upp, analysera och dokumentera kan vi bidra till att utveckla kunskap om vad som leder till framgång. Framgångsrika utvecklingsarbeten och verksamheter bör implementeras och erbjudas över hela länet (anpassat efter lokala behov och förutsättningar).

I det nedanstående beskrivs några exempel på pågående utvecklingsarbeten i länet.

#### **3.2.1 Samverkan 0-6 år**

##### **Familjecentraler**

En familjecentral är en fullt ut samlokaliserad verksamhet inkluderande mödrahälsovård, barnhälsovård, kommunal öppen förskola och socialtjänst. I de flesta fall är det en del av socialtjänstens förebyggande verksamhet som ingår. De olika ingående delarna samverkar utifrån barns och familjers behov och har gemensamma öppettider i så stor utsträckning som möjligt.

En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande. Familjecentralen riktar sig till familjer som väntar barn eller har barn yngre än sex år. Till den obligatoriska basen med fyra verksamheter kan andra lokala aktörer knytas och målgruppen kan då eventuellt utvidgas och likaså uppdraget.

En samordnarfunktion liksom en aktiv lednings- och/eller styrgrupp är viktig för att få den dagliga samverkan att fungera på familjecentralen, liksom för att få familjecentralen att utvecklas mot de gemensamma målen. Målen ska finnas beskrivna i verksamhetsplanen.

Några av de främsta vinsterna med familje-centraler är möjligheten till ett generellt föräldraskapsstöd och tidig upptäckt av behov samt möjligheten att tidigt sätta in insatser.

Region Dalarna har ambitionen att tillsammans med kommunerna starta familjecentraler så att det finns minst en i varje kommun.

---

<sup>32</sup> Strategi för suicidprevention, Region Dalarna RD RD20/04570

<sup>33</sup> SKRs hemsida Barn och ungas psykiska hälsa.

### Samverkansteam

**Barnhälsoteam (BHT)** är ett samverkansteam för barn 2-5 år med representation från barnhälsovård, specialistvård och kommun som finns i vissa kommuner, för närvarande t.ex. i Ludvika. Teamets uppgift är att erbjuda konsultation men också besluta om utredning och insatser.

**Very important babies (VIB)** är ett arbetssätt/en samverkansmodell för ett helhetsstöd till familjen, med planering under och efter graviditet för föräldrar och barn. Samverkande parter är mödrahälsovården (MHV), barnhälsovården (BHV), individ- och familjeomsorgen (IFO) och öppenvårdspsykiatrin. Andra aktörer kan kallas vid behov. VIB finns t.ex. i Vansbro.

### 3.2.2 Samverkan 6-12 år

För denna målgrupp finns behov av att utveckla en modell för mer sammanhållna verksamheter och arbetssätt. I skolan finns elevhälsan med specialpedagogisk, social, psykologisk och medicinsk kompetens.

Det är en stabil bas av tvärprofessionella team som finns i skolan och där man skulle kunna samordna/samverka närmare med delar av primärvården (inklusive Samtalsmottagning Barn och Unga) och socialtjänsten.

Det är önskvärt att utveckla en elevhälso-/skolbaserad sammanhållen barnhälsa för barn i lägre skolåldrar, då det finns stora vinster med att ge tidiga hälsofrämjande och förebyggande, samt vissa behandlande insatser där barnen finns<sup>34</sup>.

I övergången mellan barn- och ungdomshälsa bör det vara barnets mognad och behov som styr tillhörighet, d.v.s. möjlighet till flytande åldersgränser i övergångar.

I Falu kommun finns "Tillsammans för varje barn", en verksamhet som bedrivs mellan barn- och utbildningsförvaltningen, socialförvaltningen och Region Dalarna. Syftet är att nå en förbättrad samverkan mellan de tre aktörerna när det gäller att främja barn och ungas välmående och förbättra barn och ungas hälsa.

Förebilden för arbetssättet är den så kallade Skottlandsmodellen och GIRFEC (Getting it right for every child). "Tillsammans för varje barn" vänder sig till barn från 6 år upp till 18 år.

### 3.2.3 Samverkan 13-24 år

Ungdomsmottagningar ska finnas i alla kommuner i Dalarna och det övergripande målet är att stärka unga och unga vuxnas identitetsutveckling genom att främja fysisk, psykisk, social och sexuell hälsa. Ungdomsmottagningen är till för alla ungdomar från omkring 13 år t.o.m. 24 år och den unge söker hjälp av egen fri vilja.

Följande personalsammansättning utgör grund för verksamheten: barnmorska med forskrivningsrätt, kurator och läkare. Utöver detta kan mottagningen utifrån lokala behov, resurser och förutsättningar ha tillgång till andra personalkategorier.

Ungdomsmottagningen är och ska vara ett gemensamt ansvar för Region Dalarna och länets samtliga kommuner. Verksamheten behöver utvecklas och förstärkas för att tillgodose ungdomars och unga vuxnas behov.

---

<sup>34</sup> Skollagen 2 kap. 28 § "Elever som avses i 27 § (red. F-klass till gymnasiet) får vid behov anlitat elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser" samt delbetänkandet gällande Sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Därför pågår nu ett arbete för att i varje kommun i Dalarna skapa en sammanhållen Ungdomshälsa, som är lätt tillgänglig och erbjuder samordnade verksamheter/resurser för ungdomar och unga vuxna.

Dagens Ungdomsmottagning blir navet i Ungdomshälsan, som förstärks med resurser från andra aktörer i basen/första linjen, främst Primärvård (inklusive delar av Samtalsmottagning Barn och Unga), Elevhälsa och Socialtjänst.

Ungdomshälsan ska arbeta utifrån "Hälsa-Lärande-Trygghet", vara en samverkansform med en gemensam grundsyn som genomsyrar verksamheterna och om möjligt vara samlokaliserad. Ungdomshälsan ska precis som nuvarande Ungdomsmottagning arbeta generellt hälsofrämjande och förebyggande, samt med att tidigt identifiera olika former av hälsoproblem hos riskgrupper, enskilda ungdomar och unga vuxna.

Målgrupperna ska via en ingång lätt och snabbt få hjälp, stöd och vid behov också behandling. Verksamheten ska bedrivas både "fysiskt" och digitalt.

Förutsättningar ska skapas för att kunna erbjuda jämlika och likvärdiga insatser av hög kvalitet i hela länet.

Pilotprojekten (Borlänge och Leksand) är grunden för det fortsatta arbetet med ungdomshälsa i Dalarna.

Se vidare kommande inriktningsdokument "Vision sammanhållen Barn- och Ungdomshälsa" från Styrgruppen Ungdomshälsa Dalarna.

### **3.2.4 Barnahus**

Barnahus Dalarna finns i Borlänge. Målgruppen för Barnahus är barn och ungdomar upp till och med 17 år som utsatts för våldsbrott i nära relationer eller sexualbrott oavsett relation. På Barnahus i Dalarna sker även rådgivning till personer som i sin yrkesverksamhet möter barn. Följande huvudmän samverkar i Barnahus i en gemensam lokal: Dalarnas alla kommuner, Region Dalarna, Polis och Åklagare.

## **3.3 Barn som tillhör personkrets LSS**

LSS- lagen om stöd och service till personer med vissa funktionshinder <sup>35</sup>, är en rättighetslag med målet att den som har en funktionsnedsättning ska kunna leva sitt liv på samma villkor som andra. För att bli beviljad en insats enligt LSS måste barnet, den unge eller den unge vuxne tillhöra en personkrets som definieras i lagen och det ska finnas ett behov av insatsen. I väntan på beslut om insatser enligt LSS kan barnet ha rätt till insatser enligt SoL.

En insats enligt LSS kan ges endast om personen i fråga begär den. Att en person omfattas av LSS inskränker inte rätten till insatser som den enskilde kan ha enligt någon annan lag, utan personen i fråga ska fortsatt ha tillgång till det stöd och skydd som annan lagstiftning kan medföra.

---

<sup>35</sup> Sveriges riksdag Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.



### 3.4 Ansvar för hjälpmedel

Se överenskommelsen om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län<sup>36</sup> samt den policy som finns för hjälpmedel i skolan (under framtagande).

### 3.5 Barn som anhöriga

Enligt 5 kap.7 § HSL har Hälso- och sjukvården ett lagstadgat ansvar att stödja barn som anhöriga enligt nedan.

Av lagrummet följer att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider<sup>37 38</sup>.

Socialtjänsten har genom sitt ansvar för att barn får en trygg uppväxt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) samt att arbeta förebyggande en viktig uppgift i att både upptäcka och stödja barn som anhöriga när föräldrar har missbruk/beroende, psykisk ohälsa eller andra allvarliga svårigheter som kan påverka föräldraskapet och barns hälsa och utveckling<sup>39</sup>. Se vidare överenskommelsen för vuxna med psykisk funktionsnedsättning<sup>40</sup>.

I socialtjänstlagen finns stöd för att Socialnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder” 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453). Denna lag nämner inte uttryckligen barnet. Samverkan mellan verksamheter som riktar sig till barn respektive vuxna är viktigt.

### 3.6 Samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan, SIP, är ett viktigt verktyg för samverkan. Syftet med SIP är ökat inflytande och ökad delaktighet för den enskilde, samtidigt som den förbättrar samordningen och ger en helhetsbild av den enskildes situation. SIP är inte bara en plan eller ett möte, det är en hel arbetsprocess med olika steg. Den kan vara lång och sträcka sig över flera år eller över en kortare tid.

Situationer där det är särskilt viktigt med en samordnad planering är:

- När det är **svårt för familjen att samordna** vårdkontakter
- När **fler kompetenser** behövs för att komma fram till hur man bäst kan hjälpa
- När **ansvarsfördelning** behöver tydliggöras
- När stödet behöver ges i **särskild ordningsföljd**
- När en **insats förutsätter en annan insats**.

<sup>36</sup> Länsövergripande överenskommelse och anvisning Rehabilitering, habilitering inklusive hjälpmedel i Dalarnas län RD 2016/154

<sup>37</sup> Sveriges riksdag Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

<sup>38</sup> Även om det inte i lagen specifikt är uttryckt, gäller detta även barn till föräldrar som har andra funktionsnedsättningar än psykiska.

<sup>39</sup> Socialstyrelsens hemsida- Stöd till anhöriga och anhängigstöd.

<sup>40</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar".

Behov av SIP kan finnas för många barn och unga, men barn med funktionsnedsättningar och placerade barn lyfts särskilt i stödmaterial framtaget av SKR<sup>41</sup>. Det vill säga barn som ofta har flera pågående kontakter inom kommun och region som kan behövas samordnas.

Det är viktigt att arbetet med SIP görs så att mötena blir förutsägbara och trygga för barnet och familjen. Det kan ibland behövas andra typer av möten för detta; informations-, motivations-, konsultations- eller samverkansmöten.

För att initiera en SIP behövs samtycke från den berörda, ett möte utan samtycke och delaktighet är ingen SIP. Initiativ till SIP kan tas av den enskilde, närstående eller av personal inom parternas verksamheter.

För att underlätta arbetet med tidiga insatser är det en fördel om även skolan kan vara initiativtagare till SIP. Socialtjänst och hälso- och sjukvård har sitt ansvar vad gäller att initiera och kalla till SIP reglerat i lagstiftning. Skolans möjlighet att kunna kalla till SIP behöver regleras i den lokala överenskommelsen.

För att arbetet med SIP ska bli ett bra verktyg för samverkan genomförs med fördel gemensamma utbildningar om SIP, inkluderande syfte och arbetssätt samt i vilka sammanhang SIP är lämpligt att använda.

Upprättande och uppföljning av SIP ska ske enligt de riktlinjer som antagits i Dalarna, se vidare Dalarnas styrdokument för arbetet med SIP<sup>42</sup>.

### **3.7 Samverkan vid utskrivning från slutenvård**

I Dalarna finns en regional överenskommelse om Samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SUS<sup>43</sup> samt Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning<sup>44</sup>. När det gäller barn och unga är det i första hand vårdnadshavarna som involveras vid utskrivningen, men när det finns behov av insatser från socialtjänsten initieras även kontakt med socialtjänsten enligt fastställd rutin.

Nyfödda barn med omfattande behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, riskerar att bli kvar i slutenvården under lång tid pga. behov av stöd i hemmet i form av assistans och egenvård. Notera att vistelse på BB i samband med förlossning är att betrakta som slutenvård. Inför utskrivning från sjukhus är det viktigt att så tidigt som möjligt i processen genom SIP-möte klargöra ansvarsfördelning och arbetsflöde mellan kommun och region samt skapa säkerhet och trygghet över tid för den/de som ska utföra egenvården. Målgruppen ska inte ligga kvar på sjukhus i onödan och efter utskrivning få tryggade insatser i hemmet.

### **3.8 Sekretess**

Respektive samverkande part förbinder sig att iaktta den sekretess som gäller inom sitt verksamhetsområde<sup>45</sup>. För att underlätta samverkan mellan parterna ska rutiner upprättas med iakttagande av gällande lagstiftning. Om barnet behöver samtycka tillsammans med vårdnadshavaren beror på barnets ålder och mognad.

---

<sup>41</sup> SKRs hemsida Uppdrag psykisk hälsa – SIP.

<sup>42</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Riktlinje för SIP".

<sup>43</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Länsövergripande överenskommelse mellan Region Dalarna och kommunerna i Dalarna. Samverkan vid utskrivning från slutenvård".

<sup>44</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Riktlinjer för all samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Dalarnas län. Informationsöverföring och upprättande av samordnad individuell plan (SIP)".

<sup>45</sup> 25 och 26 kap. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), SOL.

Från vilken ålder som barn förfogar över sin integritet och sekretess kan skilja sig åt utifrån barnets ålder och mognad och kommunens och regionens olika rutiner. Unga över 18 år förfogar själva över sitt samtycke och sin sekretess. Det är i samverkan viktigt att tydligt respektera individens/familjens integritet och självbestämmande och att arbeta med samtycke.

### 3.9 Orosanmälan

Enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) är alla myndigheter och yrkesverksamma vars verksamhet rör barn och unga skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detsamma gäller även andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten, Kriminalvården, Polismyndigheten och Säkerhetspolisen. Anmälningsskyldigheten gäller alla anställda, även de som inte direkt arbetar med barn. Anmälningsskyldigheten gäller även yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet gällande barn och unga samt all annan verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område.

Det finns vissa lägen då orosanmälan görs utan familjens vetskap, särskilt gällande uppgift om våld och sexuella övergrepp<sup>46</sup>.

Anmälningsskyldiga är också skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd (14 kap. 1 § Socialtjänstlagen<sup>47</sup>). Orosanmälan är personlig och kan inte överlåtas till någon annan.

Socialtjänsten bör enligt lagrummet erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte om det är lämpligt utifrån barnets bästa. Socialnämnden får informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt.

Enligt LVM- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall<sup>48</sup>, skall en läkare genast göra anmälan till socialnämnden, om han eller hon i sin verksamhet kommer i kontakt med en person som missbrukar som kan antas vara i behov av omedelbart omhändertagande eller vård enligt LVM och läkaren bedömer att personen inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

Läkaren har således anmälningsskyldighet om personen i fråga inte vill vårdas för sitt missbruk (t.ex. inte går med på frivillig avgiftning) eller allvarliga komplikationer av missbruket eller om det finns en överhängande risk för att personen till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Anmälningsskyldigheten vid LVM gäller för läkare i både privat och offentlig tjänst och gäller för vuxna med missbruk. (Observera särskilt gravida med missbruk, se avsnitt 3.1.1). För barn gäller istället orosanmälan enligt SoL (se vidare överenskommelsen om missbruk<sup>49</sup>).

---

<sup>46</sup> 25 kap. 11-14 § SOL

<sup>47</sup> 14 kap. 1 § SOL.

<sup>48</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

<sup>49</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar".

## 4. Kommunens ansvar

Viktiga delar av kommunernas ansvar gällande samtliga målgrupper i överenskommelsen är att:

### 4.1 Socialtjänst

- Bedriva främjande, förebyggande och uppsökande verksamhet
- Erbjuder serviceinsatser
- Utredda behov av insatser enligt SoL
- Bevilja insatser till barn, unga och föräldrar i öppenvård
- Besluta om placeringar utanför det egna hemmet enligt SoL eller LVU<sup>50</sup>
- Utredda behov av och genomföra insatser till personer som enligt LSS-personkrets har rätt till särskilt stöd och service för att klara sin dagliga livsföring.

### 4.2 Skola

- Tillhandahålla stöd för att målen i läroplanen ska uppfyllas. Skollagen reglerar huvudman och rektors ansvar för elevers lärande och allmänna utveckling. Rektor på varje skola har det yttersta ansvaret för varje elev och beslutar både om utredning av elevens behov och om de insatser som bedöms nödvändiga.
- Tillhandahålla elevhälsan som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas<sup>51</sup>.
- Erbjuder minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller<sup>52</sup>.

## 5. Regionens ansvar

Viktiga delar av Region Dalarnas ansvar gällande samtliga målgrupper i överenskommelsen är att:

- Medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL i såväl öppen som sluten vård.
- Ansvara för insatser enligt LPT- lagen om psykiatrisk tvångsvård<sup>53</sup>, inom slutenvård och i vissa fall öppenvård.
- Råd och stöd enligt LSS- lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade<sup>54</sup>, avseende insatser från olika professioner inom Habiliteringen och i vissa fall också inom BUP.

---

<sup>50</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

<sup>51</sup> Skollag (2010:800) 2 kap. § 25.

<sup>52</sup> Skollag (2010:800) 2 kap. § 27.

<sup>53</sup> Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

<sup>54</sup> Lag (1993:287) om stöd och service för vissa funktionshindrade

- Erbjudande av främjande, förebyggande, stödjande och behandlande insatser till familj och närstående. Särskilt beakta barns behov av information råd och stöd när barn är anhöriga vid allvarlig sjukdom/skada/missbruk och oväntad död.

## 6. Särskilt för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet är en särskilt sårbar grupp. Placerade barn och unga har som grupp betraktat sämre fysisk och psykisk hälsa och sämre tandhälsa än barn i allmänhet. De har också sämre skolresultat.

Det är därför viktigt att samverkan fungerar så att de får sina behov inom områdena hälsa och utbildning tillgodosedda.

All samverkan ska ske på ett för barnet och familjen rättssäkert sätt där samtycke till kontakt är nödvändigt i de flesta situationer.

Detta avsnitt redogör för samverkan och ansvarsfördelning vid placering. Det gäller samtliga placeringsformer oberoende av om det är i ett familjehem, HVB eller stödboende, både frivilliga placeringar enligt SoL och placering enligt LVU. Gällande placering på HVB finns även en övergripande samverkansöverenskommelse<sup>55</sup>.

### 6.1 Definition av boendeformer:

**Familjehem** – enskilt hem med uppdrag att ta emot barn för stadigvarande vård och fostran, och som inte bedrivs yrkesmässigt.

**Jourhem** – enskilt hem som vid upprepade tillfällen tar emot barn för tillfällig vård och fostran.

**HVB – hem för vård och boende** – hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling och som samtidigt är ett boende. Bedrivs enskilt eller i offentlig regi.

**Stödboende** – verksamhet inom socialtjänsten som tar emot enskilda i åldern 16-20 år i eget boende med individanpassat stöd.

**Särskilda ungdomshem** - Särskilda ungdomshem bedrivs av staten (Statens Institutionsstyrelse - SiS) och är i huvudsak avsedda för barn och unga som vårdas med stöd av 3 § LVU på grund av eget beteende. Men även barn och unga som beretts vård enligt 2 § LVU (brister i hemmiljö) eller som vårdas enligt SoL (frivillig vård) kan vara inskrivna där. SiS-hem är de enda som i vissa fall har möjlighet till tvångsåtgärder.

### 6.2 Folkbokföring

Grundregeln för folkbokföring vid placering är:

- HVB-/stödboendepacering: barnet är fortsatt folkbokförd hos föräldrar/ i sin hemkommun.
- Familjehemsplacering: barnet är inledningsvis folkbokförd hos föräldrar/ i hemkommunen, men vid stadigvarande placering i familjehemmet ska som regel folkbokföringen ändras.

---

<sup>55</sup> Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS) "Länsövergripande överenskommelse om ansvarsfördelning när kommunen beslutar om placering på hem för vård eller boende (HVB)".

- Om folkbokföringen ändras till annat län tar den nya regionen över vårdansvaret. Det får dock inte leda till en bruten vårdkedja.

### 6.3 Samverkan och ansvarsfördelning inför vård utanför det egna hemmet

Denna samverkansfas påbörjas innan barnet eller den unge har blivit placerad, om det inte handlar om en akut placering där tid inte alltid finns för samverkan inför placering. I dessa fall ska samverkan ske så snabbt som möjligt efter placering. Socialtjänsten ska verka för att samverkan ska ske med både skola och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har tillsammans med Skolverket utarbetat en vägledning för placerade barns skolgång och hälsa<sup>56</sup>.

#### 6.3.1 Samverkan mellan skola och socialtjänst

Socialstyrelsen, Skolverket och Specialpedagogiska skolmyndigheten har utarbetat modellen SAMS<sup>57</sup>. Både vägledningen (under punkt 6.3) och SAMS ska följas i Dalarnas arbete med barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Under utredningstiden har socialtjänsten rätt att genom konsultation eller begäran om utlåtande ta in underlag från förskola/skola/elevhälsa. Dessa underlag bidrar till val av placeringsform och inriktning på vården.

Det är viktigt att utbildningsförvaltningen i elevens hemkommun får information om att en elev ska byta skola i så god tid som möjligt innan bytet sker, för att få förutsättningar att ta ansvar för elevens skolplikt och rätt till utbildning. Genom detta ges förutsättningar för en obruten skolgång för eleven.

#### 6.3.2 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

På samma sätt som man samverkar kring barnets skolgång är det viktigt att skapa förutsättningar för en obruten vårdkedja vid placering. Barnets behov av såväl generella som specialiserade insatser inom hälso- och sjukvården behöver säkras. Kontakter behöver tas så att informationsöverföring kan ske på lämpligt sätt utifrån förutsättningarna.

I detta sammanhang är det även viktigt att tänka på behov av information till den som bedömt att läkemedelsbehandling kan utföras som egenvård då förutsättningarna förändras.

Gällande samverkan med BUP sker detta via berörd BUP-mottagning, som vid behov tillsätter resursgruppssamordnare. Vid hälso- och sjukvårdsinsatser på psykiatrisk specialistnivå skriver BUP/VUP<sup>58</sup> vid behov remiss till den BUP/VUP som finns i den region barnet placeras i. Medicinsk uppföljning sker enligt befintliga rutiner.

Habiliteringen, BUM eller annan vårdgivare som barnet har kontakt med remitterar vid behov till motsvarande aktör i den region där barnet placeras.

Om behov och samtycke finns upprättas en SIP för att på ett bra sätt kunna samordna de insatser som ges under placeringstiden. Se avsnitt 3.6 (Samordnad individuell plan). Underlag är de planer som respektive verksamhet har skyldighet att upprätta.

---

<sup>56</sup> Socialstyrelsen (2013) "Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar".

<sup>57</sup> Skolverket "SAMS Samverkan socialtjänst skola. Obruten skolgång för placerade barn".

<sup>58</sup> Barn- och ungdomspsykiatri/Vuxenpsykiatri.

Socialtjänsten har rätt att begära in underlag från hälso- och sjukvården under pågående utredning av ett barns behov inom fysisk, psykisk och oral hälsa (14 kap. 1 § 3 st SoL). Uppgifterna kan begäras in endera muntligt med stöd av BBIC konsultationsdokument eller genom att begära skriftliga utlåtanden från hälso- och sjukvården.

Dessa utlåtanden kan också vid behov behöva kompletteras med tre olika läkar- och/eller hälsoundersökningar som socialtjänsten har rätt att begära in.

### **1) Hälsoundersökning i samband med placering**

Socialtjänsten ska i samband med placering, om det inte är obehövt, begära en hälsoundersökning omfattande fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa till barn eller en ung person i åldern 18–20 år<sup>59 60</sup>.

För att kunna göra bedömningen att det är obehövt ska det vara väl dokumenterat genom till exempel en nyligen genomförd hälsoundersökning. Socialtjänsten ska använda dokumentet "BBIC Begäran om hälsoundersökning" vid inhämtande av dessa uppgifter från hälso- och sjukvården.

Hälsoundersökningen ska resultera i ett väl underbyggt underlag gällande fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa, som den fortsatta samplaneringen kan bygga på.

Socialtjänsten har ett uppdrag att verka för att placerade barn och unga får den hälso- och sjukvård som de behöver, men det är regionen som tillhandahåller vården.

Hälsoundersökning ger därmed ett underlag för att tydliggöra ansvars- och kostnadsfördelning och SIP är sedan verktyget för fortsatt samplanering och uppföljning.

För samverkan vid hälsoundersökning finns en regional rutin som ska följas; Länsövergripande rutin vid hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet<sup>61</sup>.

### **2) Läkarundersökning vid ansökan om vård enligt LVU**

Läkarundersökning ska, om den av särskilda skäl inte anses obehövt, äga rum innan nämnden ansöker om vård enligt 4 § LVU.

Uppgifterna som kommer fram under undersökningen syftar dels till att ge ett underlag för om nämnden behöver ingripa till skydd för barnet eller den unge med stöd av LVU, dels för att kunna planera för rätt innehåll i vården.

Eftersom det inte finns något beskrivet hur omfattande en läkarundersökning inför ansökan om vård med stöd av LVU ska vara är det oftast nödvändigt att även begära en hälsoundersökning senare i processen, detta för att få en mer heltäckande bild av behoven kring den fysiska och psykiska hälsan samt tandhälsan.

I Dalarna är det samma ingång till vården som används när socialnämnden beslutar om läkarundersökning med stöd av 32 § LVU som vid hälsoundersökning. Undantag kan vara då barnet har eller har haft en annan pågående kontakt inom Region Dalarna som bedöms mer lämplig för att ge ett bra underlag inför ansökan om vård med stöd av LVU.

<sup>59</sup> Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

<sup>60</sup> Sveriges riksdag "Allmänna råd (HSLF\_FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet".

<sup>61</sup> "Länsövergripande rutin vid hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, RD 20/01207"

### **3) Hälsoundersökning för asylsökande barn**

Den länsövergripande rutinen (fotnot 60) inkluderar även asylsökande barn och ungdomar som placeras.

Alla asylsökande barn ska genomgå en särskild hälsoundersökning för asylsökande. Om barnet ska placeras utanför det egna hemmet ska barnet även genomgå hälsoundersökningen för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, som berör andra områden än hälsoundersökningen för asylsökande.

Om "Hälsoundersökningen för asylsökande barn" varit lika heltäckande som beskrivs i "Allmänna råd för hälsoundersökning av barn som vårdas utanför det egna hemmet" och i nära anslutning till placering, kan den möjligen anses vara tillräcklig grund för fortsatt planering av barnets eller den unges behov.

## **6.4 Under placering**

Under placeringstiden har socialtjänsten ett omfattande uppföljningsansvar. De ska bland annat särskilt uppmärksamma barnets hälsa och skolgång. För att kunna göra detta krävs fortsatt samverkan då andra huvudmän ansvarar för insatserna.

Aktuell BUP-mottagning eller BUPs resursgruppssamordnare ansvarar för uppföljning av den psykiatriska vården under vistelsetiden och samverkar med socialtjänst och skolan. I förekommande fall ansvarar även HAB och andra vårdgivare för sin uppföljning.

SIP som upprättats följs upp med den regelbundenhet som bedöms lämplig i det aktuella fallet. Vid behov av omplacering är det viktigt att på samma sätt som vid en ny placering verka för en obruten skolgång och vårdkedja.

## **6.5 Vid avslut**

Barn som varit placerade utanför det egna hemmet har vid avslut samma behov som inför placering för att ge förutsättningar för obruten skolgång och obruten vårdkedja. Det är viktigt att detta arbete påbörjas i god tid för att ge så bra förutsättningar som möjligt inför en flytt hem till vårdnadshavare eller till annan placeringsform eller boendeform. Det är viktigt att påbörjade insatser inte avbryts utan kan fortgå utifrån de behov som finns. Tidigare SIP följs upp eller en ny upprättas.

## **6.6 Kostnadsansvar**

Kommunen ansvarar för, beslutar om och finansierar boendet och alla sociala insatser som barnet/ungdomen behöver. Regionen ansvarar för, beslutar om och finansierar de hälso- och sjukvårdsinsatser som barnet/ungdomen behöver. Detta inkluderar att regionen ansvarar för kostnaden för vissa undersökningar som begärs av socialtjänsten. Det gäller Hälsoundersökning i samband med placering, Hälsoundersökning för asylsökande barn och Läkarsökning enl. 32 § LVU.

Principen för kostnadsansvar vid placering utanför det egna hemmet motsvaras av huvudmännens ansvar enligt gällande lagstiftning (HSL, SoL, LSS, LVU, LVM, Skollagen).

I Dalarna gäller att vardera partens ansvar ska vara klarlagt innan placering sker och utgå från huvudmännens ansvar för insatserna. Ingen part kan i efterhand åberopa kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår av skriftlig kostnadsfördelning. Undantag från detta är när placeringen sker akut, då kostnadsfördelningen och folkbokföringskommun bör vara klarlagt senast en månad efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.



Om kostnadsfördelningen inte kan överenskommas är det respektive huvudmans ansvar att säkerställa att individen får de insatser som behövs under tiden den fastställs. Regionen kommer i första hand tillgodose behovet av hälso- och sjukvård genom remiss till aktuellt BUP/annan sjukvård. Vid undantagsfall där remiss ej är möjlig och extern vård krävs, upprättar region och kommun separata avtal med HVB/SiS.

## 7. Lokala överenskommelser

Dalarnas femton kommuner har alla skilda förutsättningar, behov (både gällande kompetens och utveckling), resurser och samverkansformer. Det är därför viktigt att de enskilda kommunerna och Region Dalarnas verksamheter inom varje kommun tillsammans formulerar lokala överenskommelser. Syftet är att omsätta den regionala överenskommelsen i praktiken på lokal nivå och uppnå dess syfte och mål.

Det handlar alltså om hur arbetet görs lokalt, av vem och när. Genom att de lokala samverkansöverenskommelserna tar sin utgångspunkt i den regionalt framtagna överenskommelsen, säkerställs förutsättningarna för att invånarna i hela länet ges en likvärdig och jämlik vård och omsorg.

De skriftliga lokala överenskommelserna i respektive kommun ska klargöra hur samverkan sker och hur den lokala ansvarsfördelningen mellan kommunens och regionens verksamheter ser ut. Tydliggörande bör ske av de lokala strukturer och rutiner som behövs för att komplettera den regionala samverkansöverenskommelsen.

Den bör inkludera förebyggande- och främjande verksamhet, tidiga insatser, tidiga tecken, utredning, vård, insatser, stöd och behandling och beakta relevanta nationella kunskapsstöd så som nationella vård- och insatsprogram samt övriga nationella riktlinjer. För att den lokala överenskommelsen ska vara användbar är det viktigt att den är så konkret som möjligt och tydligt beskriver hur samverkan på den lokala nivån ska ske i praktiken.

Det är viktigt att både den lokala överenskommelsen (med denna regionala överenskommelse som ram), liksom övriga avtal som tecknas mellan huvudmännen föregås av politiska beslut och i förekommande fall att budgetanslag finns. Det kan gälla avtal om t.ex. verksamheter där parterna förbinder sig att tillskjuta resurser i form av personal, ersättningar och/eller lokaler.

Detsamma gäller anställningar eller andra överenskommelser som innebär ianspråktagande av personalresurser (t.ex. tjänsteköp, utlån). Överenskommelser och avtal ska alltid undertecknas av behöriga firmatecknare. Förutom att skriftligt tydliggöra lokala strukturer, rutiner och arbetssätt kan processen med att ta fram en lokal överenskommelse ge tillfälle till analys och identifikation av förbättringsområden.

### 7.1 Framtagande av den lokala överenskommelsen

Det är viktigt att den lokala överenskommelsen tas fram i en gemensam process av de båda huvudmännen i den enskilda kommunen. Lokala överenskommelser ska tas fram för de lagstadgade områdena (se avsnitt 2.3 Skyldighet att samverka).

Det är valfritt hur många överenskommelser som utformas, som separata dokument eller, om lokala förutsättningar finns och ingen målgrupp riskerar att tappas bort, slås samman till ett gemensamt dokument. I arbetet bör berörda verksamheter involveras, till exempel genom redan befintliga lokala samverkansgrupper med företrädare för berörda verksamheter.

Den påskrivna lokala överenskommelsen diarieförs av respektive huvudman. I regionens diarium ska hänvisning till den länsövergripande överenskommelsen för barns och ungas hälsa göras genom att ange diarienumret RD20/04734 på den lokala överenskommelsen för målgruppen.

## 7.2 Innehåll i lokala överenskommelser

### DE SKRIFTLIGA LOKALA ÖVERENSKOMMELSERNA KAN INNEHÅLLA FÖLJANDE AVSNITT

---

#### FRAMTAGANDE/ARBETET MED DEN LOKALA ÖVERENSKOMMELSEN:

**Beskrivning av hur framtagandet av den lokala överenskommelsen (ÖK) har gått till samt hur den kompletterar den regionala samverkansöverenskommelsen och andra nationella kunskapsstöd:**

*Exempelvis: Vilka verksamheter och funktioner/personer har varit involverade? Hur har arbetet gått till? Hur har den förankrats lokalt? På vilket sätt (konkret) kompletterar den lokala ÖK den regionala ÖK och nationella kunskapsstöd?*

#### LEDNING OCH ORGANISATION:

**Beskrivning av den lokala samverkansorganisationen:**

*Exempelvis: Hur och när samverkar vi lokalt kring målgruppen, det vill säga vilka verksamheter och funktioner medverkar på olika nivåer (övergripande-, verksamhets- och individnivå)?*

*Hur och när är den högsta ledningen involverad (politisk- resp. tjänsteledning)? Vem/vilka samordnar arbetet lokalt (praktiskt sett)? Hur och när sker samverkan lokalt (i praktiken)? Hur och vad registreras i Synergi? Hur löser vi ev. uppkomna lokala tvister? Vilka andra aktörer involveras utöver socialtjänst och hälso- och sjukvård (andra verksamheter inom kommunen, Kriminalvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen m.fl.)?*

**Hänvisning till och beskrivning av lokala rutiner och riktlinjer, m.m.**

*Exempelvis: Vilka riktlinjer, samverkansdokument, avtal, rutiner (blanketter?) finns redan och var finns de? Behöver de uppdateras och/eller saknas några?*

*Vilka ska användas och när och av vem? Hur sker en gemensam dokumenthantering? Finns det lokala avtal för t.ex. familjecentral och ungdomsmottagning/ungdomshälsa?*

#### LOKAL LÄGESBILD FÖR MÅLGRUPPEN:

**Beskrivning av den lokala kontexten för målgruppen:**

*Exempelvis: Hur ser problematiken ut vad gäller dess omfattning m.m.? Aktuell statistik uppdelat på olika målgrupper och kön, ålder och annan bakgrund. Vilka når vi och när vi inte idag? Ev. inventering av beskrivning av bakgrund och historik kring samverkansarbetet kring målgruppen i vår kommun.*

#### LOKALT UTBUD AV INSATSER:

**Beskrivning av de lokala förutsättningarna att ge olika former av vård och omsorg:**

*Exempelvis: Vilka insatser finns lokalt? Hur speglar dessa behov från olika målgrupper? Vilka saknas? Vilka bör utvecklas och hur görs det?*

**Beskrivning av det lokala arbetet med samordnande individuella planer (SIP):**

*Exempelvis: Vem kan initiera? Var och när sker träffen? Hur sker inbjudan? Vem dokumenterar och följer upp?*

---

**SÄRSKILDA BESKRIVNINGAR AV KOMPLEXA FRÅGOR:****Beskrivning av hur jämställdhet och jämlikhet, barns rättigheter samt inflytande och delaktighet för målgrupperna (såväl barn som vuxna och närstående) integreras i den lokala överenskommelsen:**

*Exempelvis: Hur integreras ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv tillika barns rättigheter? Hur involveras individerna och närstående (både barn och vuxna) i olika nivåer inom verksamheten?*

**Beskrivning av hur särskilda omständigheter och särskilt sårbara målgrupper prioriteras i det lokala arbetet:**

*Exempelvis: Vilka är de? Hur synliggörs särskilt barn och unga? Behövs särskilda insatser för några av målgrupperna och hur utvecklas de?*

**Beskrivning av förändrings- och förbättringsarbete:**

*Exempelvis: Hur tillämpas en evidensbaserad praktik i verksamheterna? Hur används senast tillgängliga kunskap i nationella kunskapsstöd t.ex.?*

*Pågår ett lokalt utvecklingsarbete som syftar till förändring/förbättring? Om inte, vad skulle kunna initieras? Hur och när initieras det?*

**IMPLEMENTERING, SYSTEMATISK UPPFÖLJNING OCH ANALYS:****Beskrivning av det lokala implementeringsarbetet av den lokala överenskommelsen:**

*Exempelvis: Hur görs ÖK'n känd inom berörda verksamheter? Hur säkerställs att de används av alla som berörs? Hur hålls arbetet i över tid? Behövs kompetensutveckling för vem och när?*

**Beskrivning av arbetet med systematisk uppföljning och analys inom ramen för det lokala samverkansarbetet:**

*Exempelvis: Vilka mål är satta lokalt utifrån överenskommelsens övergripande mål? Hur och när görs uppföljning och analys? Vem/vilka medverkar och ansvarar? När och hur ska uppföljning ske? Hur dokumenteras det? Hur redovisas arbetet till ledningen? Används könsuppdelad statistik när det är relevant? Vem följer upp att överenskommelsen är implementerad? Har överenskommelsen följts upp enligt punkt 9 (Uppföljning)?*

## 8. Implementering

Implementering avser de tillvägagångssätt som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet. Implementering säkerställer att metoderna används så som det var avsett och sker med varaktighet <sup>62</sup>.

Både den politiska och högsta tjänstemannaledningen i Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att denna överenskommelse implementeras i samtliga berörda verksamheter och att personalen ges möjlighet att arbeta i enlighet med överenskommelsens uppställda syfte, mål och förutsättningar.

Ansvaret för att överenskommelsen blir väl förankrad ända ut i mötet med individerna åligger den lokala nivån. För att överenskommelsen ska kunna tillämpas på lokal nivå nära individerna med behov, krävs således en organiserad samverkan mellan huvudmännen på alla nivåer i organisationerna; från högsta ledningsnivå, till lokala ledningsfunktioner, till samverkansgrupperingar och till enskild personal/anställd.

---

<sup>62</sup> Socialstyrelsens hemsida. Kunskapsguiden.se - Implementering; "Om implementering" (2012).

Kopplingen till lokala överenskommelser behöver därvid vara tydlig. Faser i implementeringsprocessen kan vara: Behovsinventering, införande, användning och vidmakthållande<sup>63</sup>.

En avgörande förutsättning för en lyckad implementering av överenskommelser är att den sker i samverkan mellan huvudmännen.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) kan ge ett övergripande stöd för implementering på regional nivå.

## 9. Uppföljning

Uppföljning är viktigt för att följa upp implementeringen av samverkansöverenskommelsen. Uppföljning är också en viktig del i arbetet med en evidensbaserad praktik och för att kunna höja kvaliteten i verksamheten. Resultat behöver följas upp och analyseras systematiskt för att verksamheterna ska kunna förändra och förbättra arbetet.

Ett redskap i arbetet är nyckeltal och indikatorer. Indikatorer är viktiga att mäta för att ta reda på om målen med insatserna uppnås och om olika insatser fungerar olika bra för olika grupper oavsett kön, ålder och andra bakgrundsfaktorer. Det är därför avgörande att könsuppdelad individbaserad statistik används och att andra indelningar görs om inte särskilda skäl emot föreligger.

### 9.1 Systematisk uppföljning och analys

Systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta den enskildes behov och problem, insatser och resultat<sup>64</sup>. Nyttan och användningen av systematisk uppföljning kan delas in i tre nivåer: i det direkta arbetet med individer (individuell uppföljning), på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten (verksamhetsuppföljning) och på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser och kvalitetsindikatorer<sup>65</sup>.

Överenskommelsen ska årligen följas upp av parterna inom ramen för det lokala samverkansarbetet och uppföljningen ska dokumenteras och bör kommuniceras till samtliga verksamheter som berörs inom Region Dalarna och Dalarnas kommuner.

Ledningen för Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att överenskommelsen följs upp. Ansvariga chefer ute i verksamheterna ansvarar för att förbättringsåtgärder initieras och genomförs. Ett övergripande stöd i systematisk uppföljning och ett regionalt analysarbete utifrån jämförelser kan ges från den regionala stödstrukturen, RSS.

### UPPFÖLJNING AV MÅLEN PÅ LOKAL NIVÅ

För att följa upp målen enligt denna överenskommelse bör olika indikatorer tas fram som innehåller uppgifter om barns, ungas och unga vuxnas hälsa. Flertalet indikatorer kan hämtas från Koladas nyckeltal (könsuppdelat) och när det gäller hälsoindikatorer är det ett basalt krav att dessa ska vara vetenskapligt baserade, viktiga för barns och ungas hälsa nu och/eller i framtiden samt på bästa sätt spegla barnens/de ungas hälsa och dess bestämningsfaktorer<sup>66</sup>.

Indikatorer kan även tas fram för att mäta hur det lokala samverkansarbetet fortlöper.

<sup>63</sup> Socialstyrelsens hemsida. Kunskapsguiden.se - Faser i en implementeringsprocess.

<sup>64</sup> Socialstyrelsens hemsida. Kunskapsguiden.se – Systematisk uppföljning.

<sup>65</sup> Socialstyrelsens hemsida (juni 2014) - Systematisk uppföljning, beskrivning och exempel.

<sup>66</sup> Se t.ex. SKRs hemsida Mål och indikatorer för Strategi för hälsa 2022.

**Utifrån denna överenskommelse kan exempelvis följande indikatorer följas upp årligen:**

- Andel elever i åk 9 som är behöriga till yrkesprogram, hemkommun, andel (%) Kolada ID: N15428.
- 17 åringar folkbokförda i Sverige som fullföljt grundskolan. Ej placerade/placerade andel (%) Kolada ID: U33606.
- Invånare 17-24 år som varken arbetar eller studerar, län, andel (%) Kolada ID: U60700.  
Invånare 0-24 år som vårdats i slutenvård med psykiatrisk diagnos, antal/100 000 Kolada ID: N74900.
- Uppgift om i vilken utsträckning samtliga kallade verksamheter har deltagit på SIP-mötena (procent av totala antalet SIP-möten).
- En sammanställning av antal SIP gällande barn och unga upp till och med 17 år inkluderande kön, ålder samt om man har fullföljt planeringen i SIP:en.
- En sammanställning av antal placerade barn och unga inkluderande kön och ålder.
- Uppgift om hur stor andel (%) av placerade barn uppdelat på juridiskt kön som har hälsoundersökts i samband med placering.
- Hur många lokala avvikelser som utretts och även synergier som kopplas till den regionala överenskommelsen och vad de rör (ej personuppgifter eller andra uppgifter som kan härledas till en specifik individ).
- Om lokal överenskommelse har träffats och vilka implementeringsåtgärder som har genomförts.

## 10. Avvikelsehantering och hantering av tvister

### 10.1 Avvikelser

Respektive huvudman har system för avvikelser och ansvarar för att utreda i vilken mån avvikelser kräver förändring av rutiner, handläggning, samverkan eller bemötande.

Synergi är regionens kvalitets- och avvikelssystem som även kommunerna i Dalarna har tillgång till. I det kan avvikelser registreras riktade från en kommun till regionen eller omvänt.

Kommunerna har personer som har behörighet att registrera och handlägga avvikelser i Synergi; ofta medicinskt ansvarig sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) eller socialt ansvarig samordnare (SAS). Regionens medarbetare har alla själva möjlighet att registrera i Synergi, men utsedda handläggare inom regionen hanterar ärendet vidare till ansvarig verksamhet.

Syftet med att göra avvikelser inom synergisystemet är inom ramen för denna överenskommelse att upptäcka svårigheter i samverkan. Det kan gälla otydliga och/eller felaktiga rutiner, brister i arbetssätt, bemötande m.m. och är en del i att kvalitetssäkra arbetet. Därför är det viktigt att motivera all personal att observera och lägga märke till avvikelser samt rapportera dessa till synergihandläggare.

Syftet är inte att klandra andra eller sig själv utan detta är en viktig hörnsten i hur verksamheterna kan utvecklas.

Mot denna bakgrund är det därför mycket viktigt att avvikelser utreds (på ett professionellt sätt) och att utredningarna blir tydliga och om möjligt, generaliserbara, så att fler kan ta del av dem i sitt lärande.

För att göra avvikelser gällande samverkan kring barns och ungas hälsa är det viktigt att de rapporteras på ett likvärdigt sätt. För att avvikelsen ska kunna kopplas till denna överenskommelse ska den som är utsedd handläggare inom Synergi fylla i enligt följande:

**Händelsekategorisering:** Samordnad vårdplanering

**Rubrik på ärendet:** Brister i samverkan utifrån Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa

För att få en samlad bild av länets avvikelser rörande samverkan gällande denna överenskommelse, begärs övergripande statistik via regionens Synergisupport ut i samband med utvärdering av överenskommelsen, av den person som ansvarar för utvärderingen (se avsnitt 13 Utvärdering och revidering).

## 10.2 Tvist på regional nivå

Den regionala samverkansöverenskommelsen har sin grund i lagstiftning om krav på samverkan mellan kommun och region kring personer med psykisk funktionsnedsättning (5 kap. 8 § SoL och 16 kap. 3 § HSL) samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL).

Endera part kan under pågående avtalstid påtala brister i följsamhet av denna regionala samverkansöverenskommelse av annan part.

Tvist med anledning av denna regionala samverkansöverenskommelse hanteras i första hand av Länsnätverket för förvaltningschefer. Påtalad/e brist/er aviseras genom kontakt med Styrgruppen för Länschefsnätverket minst en månad (1) i förväg och ska sedan skriftligen tillställas Styrgruppen för Länschefsnätverket. Styrgruppen bereder ärendet och lämnar förslag till beslut av lösning av tvisten som Länschefsnätverket tar ställning till och fattar beslut om.

Länschefsnätverket kan eventuellt föreslå revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen av enklare innebörd som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll vad gäller t.ex. dess syfte och mål (se avsnitt 13 Utvärdering och revidering).

Om ärendet inte kan uppklaras inom ramen Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om lösning av tvisten som Valfärdsrådet tar ställning till och fattar beslut om. Valfärdsrådet kan också ge Länschefsnätverket i uppdrag att genomföra en revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen i de avseenden utifrån vilka tvisten uppkommit.

Om Valfärdsrådet alltjämt inte finner en samsyn och lösning av hur tvisten kan lösas kan Valfärdsrådet under pågående giltighetstid besluta om att omförhandling ska ske av samverkansöverenskommelsen i sin helhet. Valfärdsrådet kan ge Länschefsnätverket uppdrag om omförhandling och framtagande av ny samverkansöverenskommelse.

## 10.3 Tvist på lokal nivå

Tvister på lokal nivå kan uppkomma med anledning av Synergiärenden, utifrån lokala överenskommelser eller övriga samverkansavtal om t.ex. kostnads- och ansvarsfördelning (som har stöd i lag) m.m.

Lokala tvister hanteras i första hand av tjänsteledningen från regionen och kommunen inom berörd kommun, utan deltagande av individen.

Ärenden angående tvister hanteras enligt respektive verksamhets rutiner och delegationsordningar och i enlighet med förekommande lokal överenskommelse. Lösning och beslut av tvisten bör dokumenteras i respektive verksamhets dokumentationssystem.

Om de lokala parterna alltså inte kommer överens förs ärendet vidare till Länschefsnätverket för förvaltningschefer (Länschefsnätverket). Styrgruppen för Länschefsnätverket för förvaltningschefer ansvarar för att bereda ärendet och lämna förslag till beslut av lösning av tvisten.

Om ärendet inte uppkläras inom ramen för Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om tvistens lösning. Om den berörda kommunen och regionen fortsatt inte når enighet i ärendet får tvisten avgöras i allmän domstol.



## 11. Giltighetstid

Denna överenskommelse gäller från 2022-01-01 – 2025-01-01. Om inte en ny samverkansöverenskommelse tagits fram innan giltighetstidens upphörande men en utvärdering och revidering har påbörjats i enlighet med p.13 (Utvärdering och revidering) förlängs samverkansöverenskommelsen automatiskt med 12 månader.

## 12. Ikraftträdande

Denna överenskommelse skall undertecknas skriftligen av parterna genom ordförande och vice ordförande i Länschefsnätverket för förvaltningschefer och i Valfärdsrådet.

Valfärdsrådet lämnar beslut om rekommendation till kommuner och region att godkänna överenskommelsen. Överenskommelsen ska godkännas av parternas respektive beslutande organ. Varje part beslutar om ordningen för beslut om godkännande av denna överenskommelse.

### **13. Utvärdering och revidering**

Länschefnätverket kan initiera och fatta beslut om ändringar och tillägg av enklare innebörd till samverkansöverenskommelsen som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll vad gäller t.ex. dess syfte och mål. Det kan till exempel avse språkliga justeringar, anpassningar till förändringar i lagstiftningstext, formuleringar i nationella riktlinjer m.m. Sådana ändringar ska dokumenteras och biläggas samverkansöverenskommelsen. Valfördrådet skall informeras om sådana ändringar.

Samverkansöverenskommelsen skall revideras vart tredje år från och med ikraftträdandet av denna samverkansöverenskommelse. I samband med en revidering skall även en utvärdering av samverkansöverenskommelsen genomföras.

Länschefsnätverket beslutar om uppdrag avseende utvärdering och revidering av samverkansöverenskommelsen.