



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Cirkulärnr: 09:66
Diariernr: 07/4939
Handläggare: Pernilla Krusberg
Avdelning: Avdelningen för juridik
Datum: 2009-11-03
Mottagare: Kommunstyrelsen
Landstingsstyrelsen
Stadsdels- eller kommundelsnämnd
Socialnämnd eller motsvarande
Nämnder med ansvar för LSS
Hälso- och sjukvårdsnämnder
Rubrik: Gemensamma överenskommelser om samarbete och
gemensam individuell planering mellan hälso- och sjuk-
vården och socialtjänsten



CIRKULÄR 09:66

Kommunstyrelsen
Landstingsstyrelsen
Stadsdels- eller kommunalnämnd
Socialnämnd eller motsvarande
Nämnder med ansvar för LSS
Hälso- och sjukvårdsnämnder

Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I detta cirkulär informeras om nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) som träder i kraft den 1 januari 2010. Bestämmelserna innebär att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbetet kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessutom ska landsting och kommuner, tillsammans med patient och närstående, upprätta en individuell plan när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

Texten bygger på regeringens proposition 2008/09:193.

Överenskommelser om samarbete

I HSL och SoL införs likalydande bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

8 a § HSL

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

5 kap. 8 a § SoL

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Överenskommelsernas syfte och omfattning

Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd. Skyldigheten är begränsad till insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns dock inga hinder för kommuner och landsting att ingå överenskommelser även beträffande andra.

Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning om vad sådana överenskommelser bör innehålla.

Kommun, landsting och privata aktörer

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget (3 § HSL). Det är därför landstinget som har skyldigheten att ingå överenskommelserna. När det gäller kommunerna är det kommunen, och inte dess nämnder, som har skyldigheten att ingå överenskommelser med landstinget. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL har slutit avtal med.

Brukarorganisationernas inflytande

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

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

Uppföljning av överenskommelserna

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, lagen (1990:52) med vissa bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1988:870) om vård av missbrukare

i vissa fall (LVM) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa innebär bl.a. att det ska säkerställas att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete - både det externa och det interna och att det ska finnas rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare föreskrivs att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister ska utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet.

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

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

Individuell plan

I HSL och i SoL införs likalydande bestämmelser om att landsting och kommun tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

3 f § HSL

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

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

Av planen ska det framgå

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

2 kap. 7 § SoL

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

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

Av planen ska det framgå

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

Vad menas med socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvård?

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

Vilka omfattas av bestämmelserna?

Bestämmelserna om individuell plan gäller inte enbart personer med psykisk funktionsnedsättning utan omfattar alla personer som behöver en individuell plan

för att få sina behov tillgodosedda, både vuxna och barn. Missbruksvården och äldreomsorgen är exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården. Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte heller avgränsad till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till både vuxna och barn. Vidare är skyldigheten inte begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan kan gälla alla människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Kommun, landsting och privata aktörer

Skyldigheten att upprätta en gemensam individuell plan åligger kommun och landsting. I det enskilda fallet kommer socialnämnden (eller motsvarande nämnd) att handlägga ärenden om individuella planer. Skyldigheten omfattar alla som har behov av socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvård, dvs. även de som får dessa behov tillgodosedda av privata vårdgivare eller andra enskilda aktörer som landsting och kommuner har slutit avtal med (se 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL).

Den kommunala hälso- och sjukvården

Den kommunala hälso- och sjukvården har inte något planeringsansvar, vare sig enligt SoL eller enligt HSL. För en person som bor i ett särskilt boende torde detta inte vara något problem eftersom hälso- och sjukvården då kan ses som en integrerad del av socialtjänstens verksamhet. Om planeringsbehovet identifieras inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats i ett särskilt boende är det planeringsskyldigheten i SoL som är tillämplig, eftersom hälso- och sjukvård och socialtjänst knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Bedömningen kan dock bli svårare i de kommuner som också ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. I en sådan situation agerar en sjuksköterska i kommunen som t.ex. lägger om ett sår hemma hos den enskilde endast utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Även om det således inte finns några bestämmelser om planeringsskyldighet för kommunal hälso- och sjukvård bör kommunen genom interna kvalitetssystem kunna säkerställa att behovet av insatser inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården blir tillgodosedda. Skulle det handla om att en sjuksköterska i kommunen upptäcker ett behov av medicinska specialistinsatser får det anses ligga inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret att kontakta landstinget för fortsatt behandling.

Planeringsskyldigheten gäller när det finns ett behov

En viktig utgångspunkt för individuella planer är att planeringen inte ska innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. En individuell

plan ska därför bara upprättas när det finns ett behov av en sådan. För att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste en behovsbedömning göras. Bedömningen av om ett sådant behov föreligger ska göras i varje enskilt fall utifrån det som kommer fram i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Uppgifterna i en epikris eller en utredning av en biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen bör ha betydelse för behovsbedömningen. Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse.

Skyldigheten för landsting och kommun att samplanera är inte begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både landstinget och kommunen och dessa insatser behöver samordnas. Detta innebär att de planer som upprättas i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskilda personernas behov. En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. Behovet bör följas upp och den enskilde kan behöva motiveras till att ta kontakter som är viktiga för hans eller hennes livssituation.

För vissa personer bör landstinget och kommunen utgå från att det finns behov av en individuell plan. Det gäller personer med omfattande behov, t.ex. personer med en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, ungdomar med omfattande psykosociala behov och dementa personer med behov av somatiska insatser.

Vem kan begära att en plan upprättas?

Behovet av en plan kan uppmärksammas av kommunen eller landstinget, och den andre huvudmannen är skyldig att delta i upprättandet av planen. Det räcker alltså att en av huvudmännen gör bedömningen att en individuell plan behövs för att skyldigheten ska inträda för båda. Även den enskilde, dennes närstående eller någon annan kan ta initiativ till att kommun eller landsting prövar om det behövs en plan. Det är dock kommun och landsting som i sista hand avgör om en individuell plan behövs men det bör bara vara i undantagsfall som den enskilde nekas en plan när han eller hon anser att det behövs en sådan. Det bör finnas rutiner hos huvudmännen när det gäller förfarandet i samband med att en huvudman kallar den

andra till planering. Rutinerna bör vara skriftliga och kända av den berörda personalen.

Den enskilde måste samtycka till att planen upprättas

En plan ska bara upprättas om den enskilde samtycker till det och ska således inte upprättas mot den enskildes vilja. Huvudmännen ska stödja och motivera den enskilde för att få till stånd en gemensam individuell plan i de fall detta bedöms nödvändigt. I de fall dennes tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning. Även personliga ombud kan ha en betydelsefull roll i detta sammanhang. Offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser måste iaktas i kontakten mellan landsting, kommun och andra myndigheter. Planeringsskyldigheten utvidgar inte huvudmännens möjlighet att utbyta information, utan planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser. Även detta medför i de flesta fall att samtycke från den enskilde krävs för att sekretessbelagda uppgifter ska kunna lämnas vidare mellan myndigheterna.

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål

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

Planen ska upprättas i samråd med den enskilda och närstående

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

Närstående

Planen bör om det är lämpligt upprättas tillsammans med närstående, om den enskilde inte motsätter sig detta. Syftet med att särskilt ange de närståendes rätt att delta i planeringen är att slå fast att planeringen bör utgå från den enskildes hela livssituation, där de närstående spelar en viktig roll. Personer som lever nära patienten eller klienten berörs i hög grad av de planerade insatserna och bör därför ha möjlighet att ge uttryck för sina åsikter, behov och önskemål. I vissa fall kan det emellertid vara olämpligt att närstående deltar i planeringen. Detta kan exempelvis vara fallet om det kommer fram att relationen mellan den enskilde och dennes närstående inte är god, eller om närståendes medverkan skulle fördröja eller försvåra planeringsarbetet avsevärt. Om den enskilde motsätter sig att en närstående deltar bör det respekteras. Däremot finns det ofta skäl att försöka övertyga honom eller henne om att få tillåtelse att lämna viss information till den närstående, särskilt när det gäller närstående som är sammanboende. Naturligtvis gäller det inte i fall när det av något skäl är olämpligt, t.ex. om en närstående har begått brott mot personen som planeringen gäller, eller på annat sätt kan antas utgöra en fara för den enskilde.

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

Planens innehåll

Planen är tänkt att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat. Bestämmelserna om individuell plan ska ses som ett förtydligande av båda huvudmännens ansvar, eftersom de innebär att det är personens samlade behov som ska uppmärksammas oavsett vilken huvudman som han eller hon har kontakt med. Planeringsansvaret innebär dock ingen rätt för en huvudman att besluta om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla. Förslaget innebär t.ex. inte att utredning och beslut enligt SoL kan göras av någon annan huvudman än kommunen.

Mål för insatserna

Den individuella planen bör när det är lämpligt innehålla mål för insatserna. Målen bör då sättas upp dels av professionella bedömare, dels av den enskilde själv. Ibland sammanfaller sannolikt dessa mål och ibland skiljer de sig åt. I de fall det finns väsentliga skillnader bör detta framgå av planen. Målen bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation.

I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på de professionella som tillsammans med den enskilde och de närstående upprättar den individuella planen. I många fall behöver den enskilde stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att den professionelle är lyhörd och själv efterfrågar behoven på olika områden. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. I synnerhet gäller det personer som inte själva formulerar sina behov eller driver sina intressen.

Vem ansvarar för vad

Av planen ska framgå vilka insatser respektive huvudman svarar för. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för den enskilde och de närstående, men som är tämligen okomplicerad, t.ex. att kommunen ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppstår på nätter och helger. Men det kan också vara fråga om ett skräddarsytt samarbete kring en viss individ, t.ex. vem som ska reagera när en person som missbrukar slutar delta i en sysselsättningsverksamhet och vad reaktionen ska leda fram till. För att den individuella planen ska utgöra ett effektivt stöd för alla inblandade parter ska huvudmännens ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt. Om det t.ex. finns ett biståndsbeslut om en insats ska omfattningen av beslutet framgå, och det räcker inte med allmänna formuleringar som att kommunen svarar för stöd i vardagen. På liknande sätt ska innehållet i allmänna och specialiserade hälso- och sjukvårdsinsatser framgå av planen. Det kan handla om t.ex. läkemedelsbehandling, psykoterapi, arbetsterapeutiska insatser eller sjukgymnastik.

I begreppet ”svara för” ingår också vem som ska bekosta insatserna. I många fall är detta inte nödvändigt att ange eller diskutera eftersom ansvarsfördelningen följer av lag. I vissa situationer, t.ex. när det gäller behandlingshemsvistelser eller skräddarsydda, samordnade insatser kring en viss individ med stora behov, kan emellertid planeringen falla om kostnadsfördelningen inte definieras. Det ska dock understrykas att planeringens syfte inte är att reglera det ekonomiska ansva-

ret mellan de berörda huvudmännen, utan att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Övergripande ansvar för planen

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

Insatser från andra aktörer

I en enskild persons rehabiliteringsprocess kan det finnas andra viktiga aktörer än socialtjänsten och hälso- och sjukvården, t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dessa är inte skyldiga att upprätta individuella planer eller att delta i ett sådant arbete. I socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår dock att tillsammans med den enskilde och de närstående identifiera dessa aktörer, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Det kan också vara fråga om icke-offentliga organ som brukarorganisationer, sociala kooperativ och liknande. Att insatser från andra aktörer ska redovisas i planen innebär att huvudmännen och den enskilde tillsammans identifierar vilka åtgärder från andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov. Eftersom planen bara kan upprättas med den enskildes samtycke kan dock insatser från andra aktörer bara redovisas om den enskilde medger det och det är alltså den enskilde som avgör vilka insatser som ska redovisas i planen.

Den enskilde bör få en skriftlig kopia på den upprättade planen

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

Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer?

Det finns ett flertal bestämmelser om skyldighet att upprätta planer. I 3 b och 18 b §§ HSL föreskrivs t.ex. skyldighet att planera i fråga om habilitering m.m. och i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om

rättspsykiatrisk vård finns bestämmelser om vårdplanering. Även i LVM och i LVU finns krav på planering. Likaså finns i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård en bestämmelse om att vårdplanering i vissa fall ska göras gemensamt mellan slutenvården, öppenvården och kommunernas socialtjänst, och i LSS föreskrivs att en individuell plan ska upprättas på begäran av den enskilda. Det finns bestämmelser om planer även i andra lagar, förordningar och föreskrifter, och det förekommer också planering på frivillig väg utan att det finns någon föreskriven skyldighet. Den individuella gemensamma planen ska gälla generellt för alla som har behov av en sådan. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.

Frågor med anledning av detta cirkulär besvaras av förbundsjuristerna

Pernilla Krusberg, tfn. 08-452-75 49

Pär Ödman, tfn. 08-452 75 52

Sveriges Kommuner och Landsting

Avdelningen för juridik

Hans Ekman

Pernilla Krusberg