

**Länsövergripande  
överenskommelse i Norrbotten  
om samarbete för personer med  
psykisk funktionsnedsättning**

## Förord

Kommunerna i Norrbotten och Norrbottens läns landsting är överens om att god vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning förutsätter ett nära samarbete mellan huvudmännen. Det innebär dels att huvudmännen är överens om ansvarsfördelning, dels att se vilka insatser som ska ges utifrån det egna kompetensområdet. Det är även angeläget med samtidiga insatser när så behövs.

Samarbetet ska präglas av en samsyn om att utgångspunkt för insatser är den enskilda personens behov och målet ska vara att dessa behov tillgodoses. Det är huvudmännens gemensamma skyldighet. Insatserna ska grunda sig på och tillvarata brukarens erfarenheter, den professionella beprövade kunskapen och den vetenskapliga forskningen.

De samarbetsområden som anges i denna överenskommelse är i överensstämmelse med tidigare tecknade överenskommelser samt lagar, föreskrifter och vägledningar inom detta område.

Denna överenskommelse har antagits av landstinget och kommunerna i Norrbottens län för tillämpning från och med 2011-xx-xx. Den har utarbetats i samråd med nätverket för brukar- och närståendeorganisationer i länet, NSPH, som bidragit med värdefulla synpunkter. Överenskommelsen är ett ramverk för lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Överenskommelsen gäller tills vidare och ska följas upp en gång per år för att kvalitetssäkra underlaget och tillförsäkra att överenskommelsen är tillämpbar. Uppföljning ska ske i samråd med brukar- och närståendeorganisationer. Ansvariga för uppföljningen är Länsstyrgruppen.

# Länsövergripande överenskommelse i Norrbotten om samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning

## Syfte

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar (8 a § HSL, 5 kap 8 a § SoL) (1).

Syftet med överenskommelsen är att med utgångspunkt från gällande lagstiftning, de förordningar och reglementen som reglerar parternas ansvar för insatser och samverkan tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområde och former för samverkan.

## Mål

Målet är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få vård, stöd och rehabilitering och möjlighet till återhämtning så att de, utifrån egna önskemål, kan leva i samhällsgemenskap med andra.

## Överenskommelser mellan landstinget och länets kommuner

Psykiatrireformen som genomfördes 1995 med skatteväxling mellan huvudmännen ligger till grund för den övergripande ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner.

Därutöver finns överenskommelser mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner på regional nivå, länsdelsnivå och på lokal nivå. Nedan refereras till några av överenskommelser som gjorts och som har betydelse för samarbetet kring personer med psykiska funktionsnedsättningar.

2004-08-19 ingicks överenskommelse om politisk samverkan inom vård- och omsorgsområdet mellan kommuner och landsting i Norrbotten (2). Den politiska samverkan enligt överenskommelsen gäller i första hand följande grupper:

- Äldre multisjuka individer med nedsatt autonomi
- Fysiskt och psykiskt funktionshindrade oavsett ålder
- Barn och ungdomar

### Psykiatrireformen

1995 års psykiatrireform syftade till att förbättra livssituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Tanken med reformen var att ge kommunerna ett mer samlat ansvar för boende, sysselsättning, stöd och omvårdnad för personer med psykisk funktionsnedsättning samt att utveckla samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (3).

Den förändrade ansvarsfördelningen mellan kommunernas socialtjänst, primärvården och psykiatrin innebar också att psykiatrin alltmer skulle utgöra den spetskompetens som, dels ska svara för kvalificerade vård- och behand-

lingsinsatser till enskilda medborgare, dels fungera som stöd och handledning till övriga vårdgivare.

I psykiatrireformen poängterades primärvårdens ”första linje ansvar” för målgruppens psykiatriska och somatiska vårdbehov. Vikten av att tillförsäkra kontinuerligt stöd från specialistpsykiatrin till primärvården och till kommunerna i form av utredningsresurser, handledning och utbildning understöks också .

Inom ramen för Psykiatrireformen ingicks Psyk-Ädel Ramavtal mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner i slutet av 1994 (4).

I ramavtalet regleras, utöver de ekonomiska åtaganden som följer av den ändrade ansvarsfördelningen, kommunernas och landstingets samverkan i all övergripande planering av vård, omsorg och service till människor med psykiska funktionsnedsättningar. I den övergripande planeringen ska en viktig utgångspunkt vara att undvika parallella organisationer.

#### **Individuell plan**

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har utarbetat riktlinjer som reglerar hur huvudmännen ska samverka kring personer med behov av insatser från fler än en huvudman ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan” (5).

Dokumentet är uppbyggt utifrån tilläggen i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) som trätt i kraft 1 januari 2010 och behandlar ingående flera av de samverkansområden som ingår i dessa riktlinjer.

#### **Egenvård**

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:6) definieras egenvård som: ”Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra som egenvård. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen”(6).

Det gemensamma målet är att den enskildes och närståendes förmågor nyttjas så långt det är möjligt. Den individuella bedömningen ska utgå från den enskildes fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde. Egenvård kan utföras av den enskilde, närstående, socialtjänst eller annan aktör. Legitimerad yrkesutövare ska samråda med den aktuella utföraren av egenvården.

Den individuella bedömningen och ansvarsförhållanden regleras närmare i dokumentet ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan”.

#### **Missbruk- och beroendevård - samsjuklighet**

Norrbottens län landsting och länets kommuner har i september 2008 träffat överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om implementering av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (7).

Samlade och samtidiga insatser över huvudmannagränserna riktade till personer med samsjuklighet på grund av psykisk störning och samtidigt missbruk, har som mål ett bättre omhändertagande och vård för målgruppen och är sannolikt samhällsekonomiskt lönsamt och kan bidra till minskad kriminalitet i samhället.

Utvecklingsarbetet med Case Manager enligt ACT- modellen som stöd för patienter med samsjuklighet på grund av psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har sedan 2005 spridits i länet och CM-verksamhet finns nu inom vuxenpsykiatrins samtliga fyra verksamhetsområden tillsammans med nio av länets kommuner. Erfarenheterna är goda och understryker vikten av att de gemensamma insatserna grundar sig på gemensamma lokala överenskommelser mellan huvudmännen (8).

### **NORRBUS – Samverkan kring barn och unga i Norrbotten**

För barn och ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem finns sammanverkansdokumentet NORRBUS (9). I dokumentet tydliggörs vikten av samverkan kring barn och unga 0 – 20 år. I NORRBUS anges bland annat mål för samverkan, grundläggande värderingar, aktörernas uppdrag och skyldighet att samverka.

### **Utgångspunkter**

- Bästa möjliga vård och omsorg ska erbjudas den enskilde med utgångspunkt från personens behov och tillgängliga resurser
- Insatserna ska samordnas mellan huvudmännen för att skapa kontinuitet utifrån den enskildes behov
- Samarbetet ska präglas av öppenhet och god ömsesidig information
- I arbetet ska psykiskt funktionsnedsattas barns situation uppmärksammas och huvudmännen ska verka för att deras behov tillgodoses
- Närstående är en resurs i vård och rehabiliteringsarbetet och huvudmännen ska verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver

### **Målgrupp för överenskommelsen**

”En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han, har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden, och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning.”

Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100

I den följande texten används begreppet psykiska funktionsnedsättningar istället för psykiska funktionshinder.

I denna överenskommelse om samverkan anges inga åldersgränser utan kraven på samordning gäller även insatser till barn (0-18 år) och äldre (65+).

### **Grupper med särskilda behov av samverkan**

- Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk
- Barn och ungdomar med psykiska och sociala problem samtidigt
- Äldre med psykiska funktionsnedsättningar

För **personer med psykisk störning och samtidigt missbruk** bedrivs sedan flera år ett brett utvecklingsarbete i samverkan mellan länets kommuner och landstinget.

Samarbetet utgår från gemensamt utbildade Case Managers enligt ACT-modellen, som utgör integrerade team för samtidiga insatser.

Lokala avtal är upprättade för samarbete för denna målgrupp.

Ambitionen är att samarbetet mellan huvudmännen ska befästas, fördjupas och breddas.

Som ett led i implementeringen av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården pågår arbete med att ta fram lokala och regionala samverkansöverenskommelser. Det är angeläget att personer med psykiska funktionsnedsättningar och samtidigt missbruk tydliggörs även i dessa sammanhang.

För **barn och ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem** finns sammanverkansdokumentet NORRBUS.

I dokumentet tydliggörs vikten av samverkan kring barn och unga 0 – 20 år.

I Norrbus anges bland annat mål för samverkan, grundläggande värderingar, aktörernas uppdrag och skyldighet att samverka.

I överenskommelsen diskuteras och tydliggörs bas- och specialistnivåns uppdrag. Specialistverksamheterna ska komplettera basverksamheterna med konsultation och ansvarar för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Brister på basnivån motiverar inte insatser på specialistnivån.

För **äldre med psykiska funktionsnedsättningar** planeras en inventering av vilka insatser som erbjuds i länet idag och hur de korresponderar med behoven.

Insatserna till personer över 65 år med psykisk ohälsa i länet behöver inventeras och analyseras för att det ska vara möjligt att göra en samlad bedömning om behoven i förhållande till hur de tillgodoses idag.

Sveriges Kommuner och Landstings kartläggning av den psykiatriska slutenvården understryker behovet av att utveckla samverkansformer och klargöra ansvarsgränser.

## **Gemensamma mål för landstinget och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar**

Det övergripande målet för samverkan är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få vård, stöd och rehabilitering och möjlighet till återhämtning så att de, utifrån egna önskemål, kan leva i samhällsgemenskap med andra.

Denna länsövergripande överenskommelse förutsätter att det på lokal nivå formuleras uppföljningsbara mål och mått för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

## **Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar**

I överenskommelsen mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan” tydliggörs rutiner för samarbetet kring personer med behov av insatser från fler än en huvudman. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ofta sammansatta vårdbehov.

En individuell plan ska ses som ett viktigt dokument för den enskildes delaktighet och tillgodose hans/hennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården och omsorgen.

Utöver den enskildes medgivande finns ytterligare ett antal motiv för att upprätta en individuell plan:

**Det etiska motivet** – samarbete avlastar den enskilde bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och förhindrar att hon/han ”faller mellan stolarna”.

**Verksamhetsmotivet** – en enskild aktör, verksamhet eller myndighet kan inte ensam möta den enskildes behov.

**Effektivitetsmotivet** – med samarbete kan den enskilde uppnå en högre livskvalitet till en lägre samhällskostnad.

**Kunskapsmotivet** – samarbete breddar och fördjupar kunskapen om fungerande insatser. Specialistkompetensen förstärks och integreras i ett större sammanhang.

De gemensamma riktlinjerna för samverkan - samordnad individuell plan - tillsammans med andra lokala överenskommelser och riktlinjer gäller i tillämpliga delar för samarbetet kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar.

## **Ansvar för boende**

I samband med socialtjänstlagen 1982 fick kommunerna ökat ansvar för att tillgodose psykiskt störda personers behov av bland annat bostäder och meningsfull sysselsättning. Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen förtydligades i och med psykiatrireformen 1995. Kommunerna fick då ansvar för att tillgodose behov av sysselsättning och boendestöd samt uppsökande verksamhet och samordning av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen och LSS ansvar för boendefrågan för alla medborgare som inte själva eller på annat sätt kan tillgodose sina behov av boende. Mer specifikt beskriver lagstiftningen en grupp som till följd av ”psykiska, fysiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring”. Bostadsfrågan framhålls i Psykiatriutredningens slutbetänkande som den enskilda faktor som har de största effekterna på den enskildes levnadsförhållanden.

Den Nationella psykiatrisamordningen uttryckte i sitt slutbetänkande att den vägledande principen när det gäller boendelösningar ska vara att det alltid är den enskildes behov och önskemål som styr insatsens utformning (10).

I enlighet med psykiatrireformen har specialistpsykiatrin uppdraget att genom utredningsresurser, handledning och utbildningsinsatser stödja kommunerna och deras verksamheter.

### **Boendelösningar för personer med särskilda behov**

Den Nationella psykiatrisamordningen underströk vikten av nära samverkan mellan landsting och kommuner när det gäller mindre undergrupper av personer med psykiskt funktionsnedsättning som behöver få sina boendebehov lösta inom ramen för speciella arrangemang. Psykiatrisamordningen nämner särskilt de undantagsfall då samhällsskyddet värderas högre än personens självbestämmande.

I Vägledning för boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning definieras boendestöd som ”bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende” (11).

Till särskilda målgrupper räknas bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning där stödet ges i ett ordinärt boende. Stödet kan också ges i boende med särskild service. I vägledningen slås fast att den etiska plattformen som boendestödsverksamheten ska bygga på är att hemmet ska ses som individens egen plats, där han/hon bestämmer över sin vardag, markerar den personliga integriteten, upprätthåller relationer och utgör basen för individens aktiviteter. Det betyder att boendestöd alltid måste ta hänsyn till den enskildes önskemål och behov, och att stödet ska individanpassas.

För att förbereda patienter som vårdats inom den rättspsykiatriska vården inför utslussning i samhället finns sedan ett par år ett nära samarbete mellan Läns gemensam Rättspsykiatri i Öjebyn och länets kommuner. Det är dels ett gruppboende och dels ett boende för utskrivningsklara patienter. Båda boendelösningarna är arrangemang i nära anslutning till Rättspsykiatrins lokaler. Det är angeläget att dessa goda exempel på utvecklat samarbete mellan huvudmännen fördjupas till att även omfatta andra patientgrupper.

### **Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering**

Personer med funktionsnedsättningar ska inte diskrimineras från arbetsmarknaden. Rehabilitering och återgång till arbete är en avgörande fråga för att förhållandena för personer med psykiskt funktionshinder ska kunna utvecklas och normaliseras. Arbetslinjen ska ses som central och gälla fullt ut även för personer med psykiska funktionshinder.

Ansvar för att utveckla, driva och stödja arbetslivsinriktad rehabilitering ligger hos flera olika myndigheter. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett visst ansvar men inte det totala. Psykiatrireformen förtydligade kommunernas ansvar för sysselsättningsverksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Inom ramen för den så kallade rehabiliteringsgarantin får landsting och regioner ekonomisk ersättning för insatser inom medicinsk rehabilitering med vetenskapligt stöd för att stärka arbetsförmågan hos den enskilde. För patienter med lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress rekommenderas kognitiv beteendeterapi (KBT) och för patienter med icke specifik smärta i nacke, skuldra eller rygg rekommenderas multimodal rehabilitering. Målsättningen är att dessa patientgrupper tidigt ska erbjudas adekvat behandling och därmed snabbare återgå i arbete eller undvika sjukskrivning.

Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet för en försäkrad person som drabbats av sjukdom eller skada. Försäkringskassan ska också medverka till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.

Arbetsförmedlingen har bland annat ett sektorsansvar för att verka för att arbetsgivare ska anställa fler personer med funktionsnedsättningar.

Personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning återhämtar sig snabbare om man satsar tid och resurser på att hitta bra sysselsättning och en väg tillbaka till arbetslivet, även under den tid som sjukdomen/funktionsnedsättningen varar.

Genom finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet finns möjligheter till samordnade rehabiliteringsinsatser i syfte att uppnå eller förbättra en enskilds förmåga till förvärvsarbete. Ett annat viktigt syfte med Finsam är att förhindra att människor hamnar i en gråzon och förhindra rundgång mellan olika aktörer. Finansiella samordningsförbund, där Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget samverkar, finns idag i några kommuner i länet, och kan vara en modell att utveckla.

## **Ansvar för hjälpmedel**

Norrbottnens läns landsting och kommunerna i länet har träffat avtal om ansvarsfördelning för hjälpmedel i den dagliga livsföringen (12). Fördelningen innebär ett förtydligande av lagstiftningen som anger att kommunen har ansvaret för hjälpmedel i de särskilda boendena, medan landstingets ansvar omfattar de som bor i ordinärt boende. Målet med avtalet är att med starkt fokus på den enskilde personen förbättra samverkan. Syftet är att uppnå ett effektivt nyttjande av respektive huvudmans resurser och kompetens.

Verksamheten ska utmärkas av god tillgänglighet, säkra produkter, helhetsyn på den enskildes hjälpmedelsbehov, hög kompetens och samordnade kostnadseffektiva lösningar.

I vägledningen för boende och boendestöd finns förtydliganden om de specifika kognitiva hjälpmedel som finns och i vilka sammanhang och vid vilka specifika behov de kan användas.

## **Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning**

Det är varje barns rättighet att bli uppmärksammas och få det stöd och den hjälp som han eller hon är i behov av.

Mot denna bakgrund infördes 1 januari 2010 bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i Patientsäkerhetslagen som ger hälso- och sjukvården och dess personal skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd (13).

Skyldigheten gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Barnets rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården är inte helt entydig. I Socialstyrelsens Meddelandeblad 7/2010 redogörs för de frågor om exem-

pelvis information, beslutskompetens och sekretess som kan uppkomma när barn under 18 år söker hälso- och sjukvård (14).

Nationell psykiatrisamordning framhöll i sitt slutbetänkande att tydliga rutiner borde finnas i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom. Enligt utredningen har vuxenpsykiatri och primärvården en central ställning att upptäcka barnen och initiera stöd till dem och deras föräldrar eftersom verksamheterna har kunskap om föräldrarnas sjukdom. Detta kräver att ett barn- och familjeorienterat arbetssätt utvecklas inom hälso- och sjukvården och att ett nära samarbete skapas mellan vuxenpsykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst, skola med flera berörda aktörer.

Metoden ”Föra barnen på tal” syftar till att stärka föräldraskapet och stödja barnens utveckling. ”Föra barnen på tal” har sin grund i förståelsen av hur den psykiska ohälsan påverkar föräldraskapet och barnen samt kunskapen om hur viktigt det är att föräldern kan stödja barnets utveckling. Metoden har utvecklats som stöd till personal som behandlar den psykiskt sjuka föräldern. Den vuxne kan ha sin kontakt inom specialistsjukvården eller primärvården. Metoden kan även användas inom socialtjänsten och skolhälsovården.

”Beardsleys familjeintervention” är en preventiv metod som riktar sig till familjer med en förälder med psykisk ohälsa. Metoden är utvecklad för att öppna upp samtal inom familjen om föräldrarnas sjukdom. Syftet är framförallt att minska barnets risk att själv insjukna genom att stärka skyddande faktorer och öka öppenheten inom familjen.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ett allmänt ansvar för att barn och ungdom ska kunna växa upp under goda och trygga förhållanden samt ett särskilt ansvar att ingripa om föräldrarna inte kan tillgodose den unges grundläggande behov av omvårdnad, skydd eller stöd.

Socialtjänsten har som uppdrag att stödja barn i utsatta situationer men är i det arbetet beroende av att andra samverkansaktörer aktualiserar när behov uppstår. Ett fungerande samarbete mellan en rad olika instanser är nödvändigt för att barn och föräldrar ska få ett så tidigt och bra stöd som möjligt. Enligt SoL ska socialnämnden i frågor som rör barn som riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Enligt HSL ska hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

Hälso- och sjukvården har enligt socialtjänstlagen skyldighet att genast anmäla till socialnämnden när de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att nämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd.

I Norrbottens läns landstings rapport ”Jag är så rädd” anges råd och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av misshandlade och sexuellt utnyttjade barn (15).

## **Ansvar för stöd till anhöriga och närstående**

Socialnämnden ska enligt 5 kap 10 § SoL erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.

Enligt HSL 2c § ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Det betyder att den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska upplysas om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Den närstående tar ofta ett stort ansvar och kan behöva stöd och avlastning. En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att informera om kommunernas stöd till närstående och att motivera till kontakt.

Det finns ett antal evidensbaserade metoder för stöd till närstående, till exempel familjeinterventioner, som förutsätter samarbete mellan kommunerna och hälso- och sjukvården.

Insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning och psykiska sjukdomar ska präglas av medinflytande från den enskilde personen. Det är viktigt att utveckla förhållningssättet och bemötandet så att närstående bemöts på ett förtroendeingivande och stödjande sätt (16).

### **Former för hur tvister mellan parterna ska lösas**

Frågor angående tillämpning av denna överenskommelse som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. Om frågan inte kan lösas i linjeorganisationen ska rapportering ske till den politiska ledningsnivån.

Om parterna är överens kan ett gemensamt utlåtande från juristerna vid Sveriges Kommuner och Landsting inhämtas.

Kostnaden för detta fördelas lika mellan huvudmännen.

## Länkar

1. Sveriges Kommuner och Landsting, [Cirkulär 09:66](#)
2. [Överenskommelse om politisk samverkan inom vård- och omsorgsområdet mellan kommuner och landsting i Norrbotten](#)
3. [Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform](#), Socialstyrelsen
4. [Psyk-Ädel Ramavtal mellan NLL och Norrbottens kommuner](#)
5. [Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan](#)
6. [SOSFS 2009:6](#)
7. [Överenskommelse mellan SKL och Norrbotten om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård](#)
8. [Överenskommelse CM i Luleå-Boden](#)
9. [NORRBUS](#)
10. [Ambition och ansvar, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100](#)
11. [Det är mitt hem - vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen 2010](#)
12. [Avtal om hjälpmedel](#)
13. Sveriges Kommuner och Landsting, [Cirkulär 09:65](#)
14. [Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 7 2010](#)
15. Jag är så rädd – Råd och Riktlinjer för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av misshandlade och sexuellt utnyttjade barn. Norrbottens Läns Landsting 2007
16. [Socialstyrelsens meddelandeblad november 2009](#)