

Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget

Gemensam policy med riktlinjer i Stockholms län
Gäller perioden 1 nov 2001 - 31 dec 2003

Huvuddokument aug 2001

B U S

Förord

De barn som omfattas av denna gemensamma policy med riktlinjer är de som har sådana svårigheter att de har behov av såväl kommunens som landstingets specialistkompetens i utredningar, vård och behandling.

Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd är en heterogen grupp. Såväl symtom och diagnoser som fysiska, psykiska och sociala förhållanden varierar. För somliga inom gruppen är behoven av särskilt stöd avgränsbara och relativt enkla att tillgodose. För många är emellertid problem och behov både omfattande, sammansatta och komplexa. Dessutom varierar de över tiden. En följd av detta är att insatserna behöver komma från flera huvudmän och flera olika verksamheter inom huvudmännens verksamheter.

Det är sedan länge känt att kommunerna och landstinget – och de olika verksamheterna inom dessa – har haft svårt att samordna sina insatser på ett sådant sätt att de effektivt kommit barnen och deras vårdnadshavare till godo. Orsakerna är flera, t ex att de aktuella lagarna är av olika karaktär och att ansvaret för vård omsorg, behandling och kostnader inte är entydigt. Vidare att olika verksamheter har delvis olika syn på funktionshinder, handikapp och innebörden av begreppet ”barn som far illa” och dess bakomliggande orsaker. Bristande resurser medför att samordningsproblem synliggörs.

Kommunerna och landstinget inom Stockholms län anser att det är synnerligen angeläget att samarbete, samverkan och ansvar utvecklas och regleras för att resurser på bästa sätt tas tillvara och för att förhindra att barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget kommer i kläm och faller mellan stolarna.

Detta är anledningen till att kommunerna och landstinget tagit fram denna gemensamma policy med riktlinjer. Vi vill samtidigt betona att det är ett utvecklingsarbete - ett första försök till samlat dokument om samarbete och samverkan för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd. Policyn och dess riktlinjer kommer att följas upp och erfarenheterna kommer att ligga till grund för det reviderade program som ska träda i kraft 2004.

Louise du Rietz Svenson
Kommunförbundet Stockholms län

Birgitta Rydberg
Landstingets Hälso- och
sjukvårdsnämnd

Förkortningar som används i dokumentet

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BRIS	Barnens Rätt I Samhället
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
BUM	Barn och ungdomsmedicin
BUMM	Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BUS	Utredningen om <u>B</u> arn och <u>U</u> ngdomar som behöver <u>S</u> ärskilt stöd från såväl kommunen som landstinget
CBU	Centrum för Barn- & Ungdomshälsa inom Stockholms läns landsting
DAMP	Dysfunction in Attention, Motor control and Perception
ICIDH-2	International Classification of Impairment, Disability and Handicap.
IFO	Socialtjänstens individ- och familjeomsorg
HS	Huddinge Universitetssjukhus AB
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HVB	Socialtjänstens hem för vård eller boende
KS	Karolinska sjukhuset
KSL	Kommunförbundet Stockholms län
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSU	Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård
LVU	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
MHV/BHV	Mödra- och barnhälsovården
MVC/BVC	Mödravårds- och barnhälsovårdscentral
§ 12-hem	Särskilda ungdomshem enligt § 12 LVU.
SiS	Statens institutionsstyrelse
SoL	Socialtjänstlagen
SOU 1998:31	Slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén ”Det gäller livet”
Sös	Södersjukhuset
UM	Ungdomsmottagning

Innehåll

1. Syfte	sid	5
2. Hur ska dokumentet användas?	sid	5
3. Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd – definition och avgränsningar	sid	6
4. Grundläggande värderingar	sid	8
5. Ansvars- och samverkansnivåer	sid	9
6. Folkhälsoperspektivet – förebyggande insatser	sid	10
7. Områden med särskilda riktlinjer	sid	11
8. Genomförande, uppföljning och revidering	sid	13
9. Giltighetstid	sid	15

Riktlinjer

Riktlinje 1. Ansvarsgränser mellan kommunen och landstinget för barn och ungdomar med funktionshinder.	sid	17
Riktlinje 2. Utredning och vårdplanering för barn och ungdomar med social och medicinsk problematik.	sid	19
Riktlinje 3. Samordning av råd, stöd, omsorg, vård och behandling för barn och ungdomar med funktionshinder.	sid	21
Riktlinje 4. Samordning av utredning och insatser för barn och ungdomar med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser.	sid	27
Riktlinje 5. Barn och ungdomar med sammansatt social och psykiatrisk problematik som vårdas utanför det egna hemmet.	sid	29

Bilaga

Bilaga 1. Ansvar för barn och ungdomar med behov av särskilt stöd från ett rättsligt perspektiv.	sid	33
Bilaga 2. Särskilt angelägna utvecklingsområden.	sid	43

1. Syfte

Policydokumentet med riktlinjer uttrycker att och klargör hur olika huvudmän och deras verksamheter ska samarbeta och samverka så att barn och ungdomar¹ som behöver särskilt stöd och deras anhöriga ska få det stöd de behöver från såväl kommunen och landstinget. Policyn är inte heltäckande, utan ska ses som ett första mer genomarbetat dokument om samarbete och samverkan avseende barn och ungdomar som behöver särskilt stöd.

Dokumentet är en tydlig gemensam viljeinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan huvudmännen gemensamt lever upp till dokumentets syfte. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbetet är att huvudmännen på centrala nivåer skapar förutsättningar, men att förverkligandet av policyn endast kan ske genom att huvudmännens lokala verksamheter tar ett gemensamt ansvar för förebyggande och åtgärdande insatser.

Dokumentet kan på så sätt också ses som ett utvecklingsprogram.

2. Hur ska dokumentet användas?

Policydokumentet gäller från och med den 1 november 2001. Det omfattar samtliga pågående insatser där både kommun och landstinget är inblandade, oavsett när insatsen påbörjades.

Det är inte möjligt att utarbeta ett dokument som konkret beskriver alla delar i hur samordning mellan huvudmän och verksamheter ska komma stånd. Därtill finns alltför stora oklarheter i och mellan de lagar, förordningar etc som reglerar det aktuella, mycket komplexa området. Det finns också verksamheter som berörs av samordning, men som ligger utanför kommunens och landstingets huvudmannans ansvar. Ett exempel är friskolor.

Om man ändå skulle försöka reglera så mycket som möjligt, skulle det bli ett dokument som dels skulle vara ogenomträngligt på grund av sitt omfång, dels snabbt skulle bli inaktuellt och därmed oanvändbart.

Dokumentet har därför utformats att omfatta dels ett antal övergripande teser om samarbete, samverkan och ansvar, dels mer konkreta riktlinjer för de områden där det är mest angeläget för de aktuella barnen och deras vårdnadshavare att samordning av insatser sker.

Denna utformning innebär att där riktlinjer finns så ska dessa självklart gälla. När frågor uppkommer där riktlinjer inte finns, eller tolkning av dem eller lagar etc inte är entydiga, så ska vägledning sökas i de övergripande teserna. Att konkreta riktlinjer inte finns, får inte användas som ursäkt eller motiv för att inte samverka och samarbeta med barnets och dess vårdnadshavares bästa för ögonen.

Under arbetet med policydokumentet med riktlinjer har ett antal utvecklingsområden aktualiserats. Dessa redovisas i bilaga 2.

Dokumentet har en begränsad giltighetstid fram till utgången av 2003 och förutsätter därmed att policyn med riktlinjer utvärderas, som grund för ny version. En fortlöpande uppföljning kommer att ske gemensamt av KSL och landstinget. Erfarenheter, särskilda problem och goda exempel kommer fortlöpande att redovisas, t ex på en gemensam webbplats.

¹ För att texten inte ska tyngas används fortsättningsvis oftast bara *barn* för att beteckna *barn och ungdomar*

3. Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd – definition och avgränsningar

Den formella åldersgränsen mellan barn/ungdomar respektive vuxna är 18 år. För många av de riktlinjer som finns i policydokumentet tillämpas emellertid andra åldersgränser och en flexibla syn på gränsen mellan barn/ungdom respektive vuxen.

De barn som står i fokus för denna gemensamma policy med riktlinjer är de som har sådana svårigheter att det finns behov av såväl kommunens som landstingets specialistkompetens i utredningar, vård och behandling. Beskrivningen nedan utgår från fyra grupper av riskfaktorer som kan ge barn sammansatta problem av social, pedagogisk, psykologisk och psykiatrisk karaktär.

Fokus ligger på barnens behov sedda ur helhets- och folkhälsosynpunkt, deras svårigheter samt hur huvudmännen genom sina olika verksamheter gemensamt bäst kan avhjälpa eller lindra effekterna av dem, oavsett vilka skälen är till att svårigheterna uppstått.

Barn kan ha behov av *stöd, omvårdnad, medicinsk respektive psykosocial vård och behandling samt särskilt pedagogiskt stöd*. Ytterligare en viktig aspekt är barnets behov av *skydd*, dvs huvudsakligen socialtjänstens befogenheter att ge barnet vård utan vårdnadshavares samtycke.

Faktorer som påverkar behov av utredning, skydd , vård, habilitering, rehabilitering och behandling

1. Bristande omsorg

Bristande omsorg (konstaterade eller misstänkta fall av fysisk och psykisk misshandel, vanvård, sexuella övergrepp, allvarlig försummelse). Föräldrarna kan helt sakna förmåga att tillgodose barnets behov eller behöver omfattande insatser för att utveckla en förmåga. Ett ofta förekommande problem hos föräldrarna är psykisk ohälsa, emotionell omognad, utvecklingsstörning eller missbruk. Ett annat problem är kvinnomisshandel och annat våld mellan vuxna i familjen. De insatser i familjen som socialtjänsten har prövat har inte fått önskat resultat.

Barn med dessa riskfaktorer uppvisar ofta allvarliga psykiatriska eller psykosociala skador /symtom eller riskerar med hänsyn till kända familjeförhållanden att utveckla sådana symtom. Somatiska skador förekommer också efter misshandel, vanvård och sexuella övergrepp. Det finns en påtaglig risk att barnens hälsa eller utveckling skadas om de inte får adekvat stöd, vård eller behandling.

Socialtjänsten har ovillkorlig skyldighet att genomföra en utredning av barnets behov (§§ 50, 50a Socialtjänstlagen, SoL). Som ett led i denna utredning behövs kompletterande bedömning – psykologbedömning eller barnpsykiatrisk bedömning. Även samspel eller anknytning barn/förälder kan behöva utredas och behandlas särskilt.

Såväl psykosociala som barnpsykiatriska insatser kan erfordras under lång tid, i öppen eller klinikansluten vård. En grupp som särskilt behöver uppmärksammas är barn placerade i familjehem, ofta under många år och dessutom utanför länet. En placering

utom det egna hemmet bör alltid föregås av en psykologisk utvecklingsbedömning och, om barnet visar psykiatriska symtom, en barnpsykiatrisk utredning. Vi omplacering och vid ställningstagande till vårdens upphörande behövs särskild bedömning.

2. Eget skadligt beteende

Eget skadligt beteende (missbruk, brottslighet, våldsbänagenhet, prostitution eller annat skadligt beteende).

Barn som riskerar att skadas genom sitt eget beteende har oftast en sammansatt problematik: familjeproblem, stora skolsvårigheter, utagerande beteende, bristande förmåga att skapa positiva relationer till andra. Ofta kan ett funktionshinder vara en del av förklaringen till barnets beteende. Många av dem har tidigt ett manifest missbruk av alkohol och/eller droger och brottsligheten går ner i åldrarna. Vapeninnehav och förekomst av grovt våld ökar skaderiskerna både för de unga och deras omgivning. För att bedömning av barnets vård- och behandlingsbehov ska kunna göras krävs förutom den sociala utredningen barnpsykologisk/barnpsykiatrisk utredning som i vissa fall kan inkludera en neuropsykiatrisk bedömning.

Dessa barn har många gånger behov av institutionsvård och det är som regel socialtjänsten som anordnar sådan. Vid de institutioner som står till buds saknas mestadels psykiatrisk kompetens – en kompetens som för många unga är ett nödvändigt inslag i behandlingen.

3. Funktionshinder

Funktionshindret kan vara medfött, sent upptäckt eller förvärvat. I gruppen inräknas barn med utvecklingsstörning, fysiska eller psykiska handikapp som har behov av insatser enligt LSS, SoL eller Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Till gruppen hör även de barn som har diagnostiserade neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser (ADHD/ DAMP) som kräver stöd, habilitering och/eller behandling,

Barn med funktionshinder eller kronisk sjukdom kan behöva sjukvårdande behandling inklusive habilitering eller rehabilitering enligt HSL, råd och stöd enligt LSS, hjälpmedel och i övrigt de insatser som föreskrivs i SoL och skollagstiftningen. Barnen kan ha behov av insatser från såväl habilitering, barnmedicin och barnpsykiatri, som kommunernas handikappomsorg och förskola/skola. I landstingets habiliteringsutredning från 1999 påtalades även behov av utökad barnpsykiatrisk kompetens inom habilitering i öppen vård för att förebygga att psykiska pålagringar uppkommer hos barn och familj.

4. Särskild sårbarhet som kräver speciell omsorg, vård eller behandling.

Det finns tillstånd hos barn som inte är medicinskt diagnostiserade och som inte är att hänföra till ovan nämnda riskgrupper. Exempel är barn som visar känslomässiga störningar eller har allvarlig relationsproblematik, deprimerade barn och barn som uttrycker självmordstankar eller har försökt begå självmord. Barn som av psykiska skäl inte kan förmås gå till skolan eller delta i annat socialt liv, barn som visar ett avvikande sexuellt beteende utan att det är direkt kopplat till misstankar om sexuella övergrepp tillhör också målgruppen, liksom barn som inte fångats upp av hälso- och sjukvården och

som i skolan eller socialtjänsten visar symtom på tvångstankar, fobier, ätstörningar samt stora inlärningssvårigheter kopplade till koncentrationsproblem. En stor grupp utgörs av flickor med inåtvända problem, liksom barn med allvarliga psykosomatiska problem.

Traumatiserade flyktingbarn tillhör gruppen liksom barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom

4. Grundläggande värderingar

Nedan redovisas de grundläggande värderingar som är utgångspunkter för den gemensamma policyn med riktlinjer. Värderingarna bygger på FNs barnkonvention.

- Varje verksamhet ska utföra sitt uppdrag med barnets bästa för ögonen. I alla överväganden som rör enskilt barn ska barnet ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad.
- Psykiska svårigheter hos barn är ett växande folkhälsoproblem som kräver särskild uppmärksamhet och kraftfulla insatser från kommuner och landsting.
- Ett funktionshinder kan orsakas av skada eller sjukdom, som kräver medicinsk behandling och habilitering/rehabilitering. Ett handikapp uppstår om miljön och personliga hjälpmedel inte anpassas för att kompensera funktionshindret. Underlättande respektive hindrande faktorer i miljön ska därför alltid beaktas. Hindrande faktorer ska undanröjas.
- Kommuner och landsting ansvarar både var för sig och gemensamt för att tidigt identifiera barn som avviker i sin utveckling och barn som har psykiska problem. Bedömning och insatser på basnivån (primärvård inklusive MVC/BVC, UM, förskola, skola²) och inom IFO för att komma tillrätta med problemen ska alltid först prövas, om det inte är uppenbart att barnets behov direkt kräver särskild medicinsk specialistkompetens genom BUP/BUM.
- Lagstiftningen anger respektive huvudmans verksamhets- och kostnadsansvar. I fall då lagen inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser ska frågan lösas genom samarbete och överenskommelser mellan huvudmännen.
- Målgruppen omfattar barn som behöver tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter. Sammansatta problem kräver samordning av resurser. Inom målgruppen finns stor spridning vad gäller problemtyngd och därmed behov av insatser. Den ena målgruppen utesluter heller inte den andra. Barn med i sig likvärdiga medfödda förutsättningar kan ha olika behov till följd av förhållandena i den enskilda familjen, i barnets miljö och sociala liv i övrigt. För bra vård- och behandlingsresultat för den enskilde och kostnadseffektivitet för huvudmännen är samordning av resurser och gemensam individuell och allmän planering nödvändig. För de utsatta barnen är det en rättighet.

För vart och ett av de fem områden där särskilda riktlinjer finns, inleds också dessa med värderingar för det specifika området.

² Begreppet *skola* inbegriper *skolbarnsomsorg* samt *elev- och skolhälsovård* om inte annat anges.

5. Ansvars- och samverkansnivåer

Den grundläggande utgångspunkten för insatser till barn som behöver särskilt stöd är att de i första hand ska få dessa tillgodosedda genom insatser från basnivån, dvs i vardagsmiljön. Exempel på denna nivå 1 är mödra- och barnhälsovården respektive förskolan.

Först när resurserna på basnivån inte är tillräckliga för att möta behoven ska mer specialiserad verksamhet träda till, nivå 2, som därmed når en liten andel barn. Denna nivå ska komplettera basverksamheterna och ge konsultation till basnivån. Den svarar för utredning, diagnostik och behandling när basnivåns kunskaper och resurser behöver kompletteras.

Nivå 1 - Basnivån

Nivå 1 når alla barn. Den består av följande verksamheter:

- Kommunen: Socialtjänstens förebyggande verksamhet, förskolan/skolan inklusive skolhälsovård och elevvård.
- Landstinget: Mödra- och barnhälsovården (MVC/BVC) och annan primärvård
- Gemensamt kommun/landsting: Ungdomsmottagningarna (som även kan ha annan huvudman)

Nivå 2 - Specialistnivån

Nivå 2 når en liten andel av alla barn. Den består av följande verksamheter:

- Kommunen: Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO), socialtjänstens handikappomsorg, socialtjänstens hem för vård eller boende (HVB)
- Landstinget: Barn- och ungdomsmedicin inklusive barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM), habilitering, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), basteam för utredning av neurologiska och neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser (ADHD, DAMP, autismspektrat, begåvning mm), vuxenpsykiatri för äldre ungdomar
- Staten: Särskilda ungdomshemmen (§ 12-hem) inom Statens institutionsstyrelse (SiS)

Följande tabell ger en grafisk framställning av denna nivåindelning.

	Kommun	Kommun & Landsting	Landsting
Nivå 1 Basnivå	Förskola Skola Elevvård Skolhälsovård Socialtjänstens förebyggande verksamhet	Ungdoms- mottagning	BVC/MVC Primärvård
Nivå 2 Specialistnivå	Socialtjänst (IFO) HVB-hem §12-hem	Basteam för utredning av t ex ADHD	Barn- och ungdomsmedicin Habilitering BUP Allmänpsykiatri

Inom var och en av de två nivåerna kan insatser ske för barn som behöver särskilt stöd. Dessa är att upptäcka och bedöma barns behov, att ge stöd, ge skydd och ge hjälp till förändring samt att följa upp insatser. Arbete inom dessa dimensioner kan vara riktade direkt till barnet eller till anhöriga eller till barnets sociala miljö.

Det är viktigt att rätt prioritering sker av vilka barn som ska få insatser från nivå 2, eftersom antalet barn som denna nivå kan ta emot är mycket begränsat. Brister på basnivån vad gäller kompetens och resurser motiverar inte insatser på nivå 2. Varje huvudman ansvarar för att respektive verksamheter har resurser för sina uppdrag. Förslag till samverkansstruktur återfinns på sidan 13.

Huvudmännen svarar för att kompetensutveckling sker för personal samt att regelbundet erfarenhetsutbyte sker mellan verksamheterna på basnivån och mellan nivåerna i syfte att skapa en gemensam bas för uppföljning och utveckling av de gemensamma arbetsområdena. Kompetensutveckling är ett verktyg för och resultat av utveckling.

6. Folkhälsoperspektivet – förebyggande insatser

Mycket talar för att – trots förstärkning av barns rättigheter genom FNs barnkonvention och ändringar i svensk lagstiftning – vissa grupper blivit mer drabbade av psykisk ohälsa, bristande social förmåga, dåliga skolresultat, samt våld i hem och i gäng. Flera oroande rapporter under senare tid vittnar om detta. Välfärdsrapporten "Välfärd vid vägskäl" beskriver barnen som 1990-talets förlorare, Barnpsykiatrikommittén redovisar i sin slutrapport "Det gäller livet" ökande behov av barnpsykiatriska insatser, detsamma gäller Barnhälsorapporten (Centrum för Barn- & Ungdomshälsa, CBU, 1998). Brottsförebyggande rådet (BRÅ) rapporterar en kraftig ökning av anmälda brott mot barn (misshandel och sexualbrott) och Barnens rätt i samhället (BRIS) en allt högre frekvens samtal i sin barntelefon.

I rapporter från socialstyrelsen och länsstyrelsen i Stockholms län riktas kritik mot kommunerna vad gäller lagtillämpning mm. En pilotstudie i Stockholms stad (Stadsledningskontoret 1998) visar att tio procent av befolkningen 0-17 år har behov av extra resurser inom förskola, skola och socialtjänst och att en stor andel av dessa inte kunnat få det skydd eller stöd de bedömts behöva.

Sjukdomsördan till följd av psykisk sjuklighet och skador är större i Stockholms län än för genomsnittet i landet. Efter nyföddhetsperioden är psykisk ohälsa det största folkhälsoproblemet bland barn. Olika studier visar på ett egentligt psykiskt hjälpbehov på mellan 10-30 procent av alla barn. Enligt den ovan nämnda barnhälsorapporten från CBU 1998 visar upp till 29 procent av alla förskolebarn symtom på någon form av psykisk ohälsa. Därför behövs utvidgade insatser för de minsta barnen.

De flesta studier som gjorts av barns psykiska besvär visar att barn från lägre socialgrupper har fler beteendevikelser och att invandrabarn har större problem än svenskfödda barn. Minskade resurser inom förskola och skola har medfört att barngrupperna och skolklasserna blivit större. Inlärningssvårigheter, skolmisslyckanden och dåliga relationer till kamrater och lärare är tunga riskfaktorer för senare psykiska och sociala problem.

Antalet ungdomar som tvångsvårdas p g a eget beteende har ökat med närmare 30 procent de senaste tio åren.

De ungdomar som skrivs in på de särskilda ungdomshemmen inom SiS befinner sig i en utsatt situation. Många har psykiska eller psykologiska problem, svag självkänsla och dåligt utvecklad identitet. Ungdomarna har ofta ett kriminellt beteende. Många har invandrabakgrund, en del av dessa är flyktingungdomar med krigs- och våldsupplevelser. Cirka 50 procent bedöms av SiS ha psykiska problem.

Det är viktigt att bygga upp de förebyggande insatserna på rätt vårdnivå. Socialtjänsten, MHV/BHV och ungdomsmottagningarna har stor kunskap om befolkningens hälsoproblem. Denna kunskap måste utnyttjas för att planera, utveckla och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Hälsofrämjande åtgärder kan t ex vara insatser för att tidigt upptäcka och ge stöd åt barn i riskzonen och att förbättra det psykologiska stödet i förskolan/skolan. Ett generellt problem är att huvudmännen var för sig och tillsammans har brister när det gäller sammanställd kunskap om aktuellt hälsoläge. Arbete pågår, men stort behov finns av dokumentation och sammanställning av kunskap. Kommunen och landstinget bör gemensamt intensifiera och planlägga sådant arbete.

Vid verksamhetsplanering och dimensionering av resurser måste hänsyn tas också till befolkningsprognoser. Befolkningsutveckling för barn i länet 1999-2005 redovisas nedan:

År	0 - 6 år	7 - 12 år	13 - t o m 17 år	totalt
2000	152 300	145 100	97 100	394 500
2001	150 000	147 000	101 600	398 600
2002	150 000	145 500	106 300	401 800
2003	151 200	141 600	111 700	404 500
2004	153 800	137 300	115 800	406 900
2005	156 900	132 900	119 700	409 500

Som framgår av tabellen ökar antalet barn 0-17 år med 15 000 fram till 2005. I åldrarna 13-17 år är ökningen 22 600, medan barn i åldern 7-12 år minskar med 12 200.

7. Områden med särskilda riktlinjer

Som nämnts har konkreta riktlinjer utarbetats för de områden där det är mest angeläget för de aktuella barnen och deras vårdnadshavare att samordning av insatser sker. Följande fem områden har särskilda riktlinjer:

- Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård, förskola/skola och socialtjänst för barn och ungdomar med funktionshinder, se riktlinje 1.
- Utredning och vårdplanering för barn och ungdomar med social och medicinsk problematik - basnivån, IFO och BUP/barnmedicin – basnivån, IFO och BUP/barnmedicin, se riktlinje 2.
- Samordning av råd, stöd, omsorg, vård och behandling för barn och ungdomar med funktionshinder, se riktlinje 3.

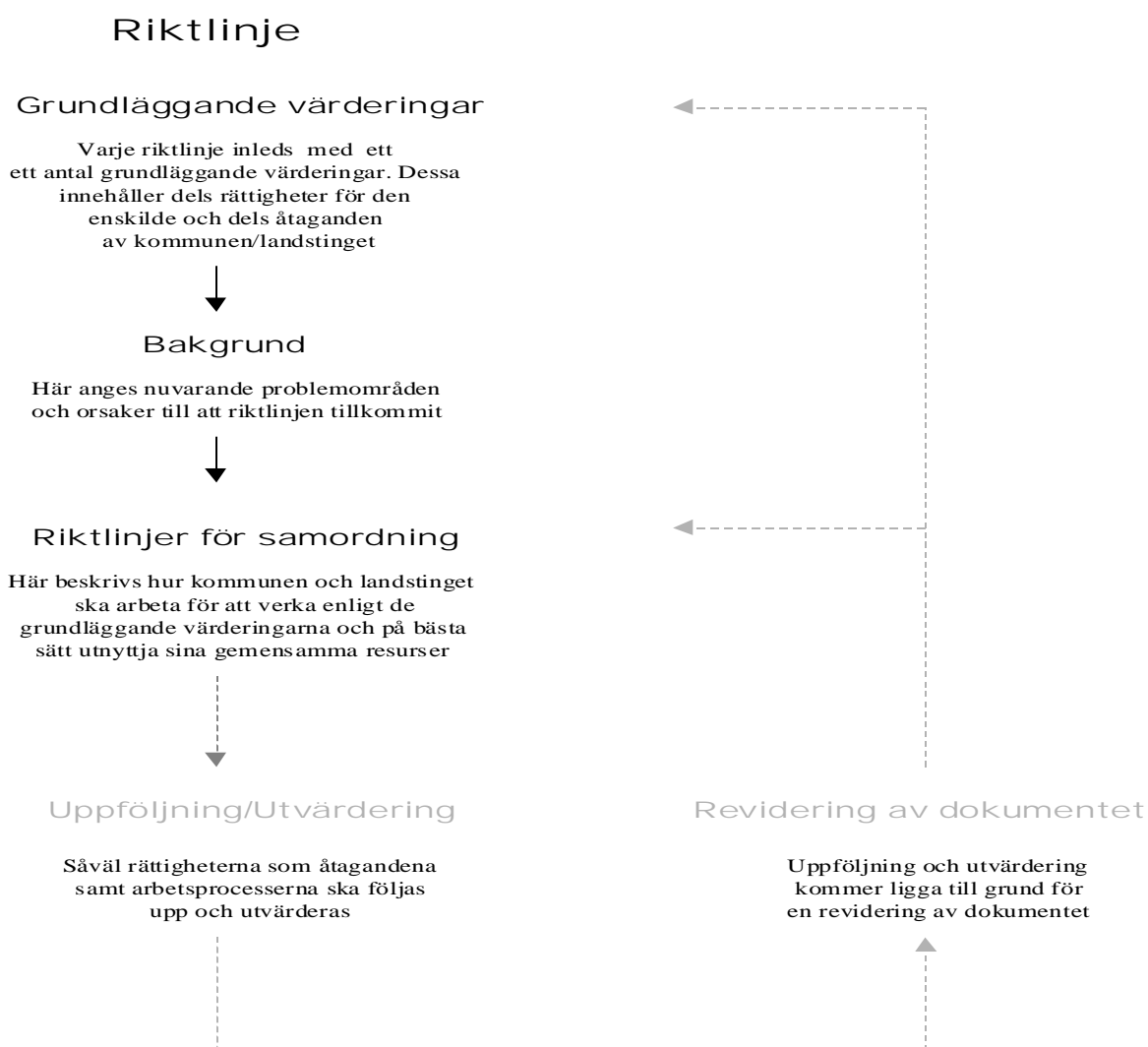
- Samordning av utredning och insatser för barn och ungdomar med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser, se riktlinje 4.
- Barn och ungdomar med sammansatt social och psykiatrisk problematik som vårdas utanför det egna hemmet, se riktlinje 5.

Dessutom redovisas i en särskild bilaga ansvaret för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd redovisat från ett rättsligt perspektiv. Se bilaga 1.

Ett barn som behöver särskilt stöd kan komma i fråga för en eller flera riktlinjer beroende på vilka förutsättningar och behov som föreligger.

Utredning ska påbörjas utan dröjsmål dock senast inom tre månader.

I nedanstående figur visas hur riktlinjerna är utformade och hur policydokumentet kommer att följas upp.



Figur 1. Flödesbild över riktlinjernas utformning samt uppföljning och revidering.

8. Genomförande, uppföljning och revidering

Varje verksamhet inom kommun respektive landsting ansvarar för att ge barn och ungdomar och deras familjer allt det skydd, stöd, vård och behandling/habilitering verksamheten själv förfogar över. Utöver detta behövs fasta grupperingar mellan verksamhetsgrenar och huvudmän på olika nivåer för konsultation, samarbete, beslutsfattande, kartläggning av behov, erfarenhetsutbyte, gemensam kompetens- och verksamhetsutveckling.

I länet finns på många håll fungerande samarbetsorgan. Det finns emellertid behov av att formalisera samarbetet ytterligare och ha fasta samarbetsgrupper med liknande struktur över hela länet. Behov finns av tvärprofessionella grupper för konsultation och planering men också grupper med mandat att fatta beslut om verksamhets- och kostnadsansvar med utgångspunkt från enskilda ärenden.

Samarbetet på lokal nivå

Nedan redovisas vilka organ som bör finnas mellan de två huvudmännen för att ge samverkan och samarbete tillfredsställande tydlighet och struktur och därmed skapa goda förutsättningar för lokalt samarbete. I många fall finns redan idag fungerande samarbetsorgan, som även fortsättningsvis kan fylla nedanstående samverkansbehov.

I varje kommun bör det finnas ett internt forum bestående av ansvariga för förskoleverksamheten, skolan, handikappomsorgen och IFO. Kommunen avgör om detta forum ska vara gemensamt för hela kommunen eller om kommundel/stadsdel ska utgöra basen. Det interna forumet ska vara ett forum för samordning av de kommunala resurserna och där enskilda barns hjälpbehov kan diskuteras tvärprofessionellt. Dessutom ska det kunna utforma en gemensam plan för barnet där ansvarsfördelning, tid för uppföljning mm fastställs. En viktig uppgift för forumet är att utgöra ett samrådsforum när det gäller principfrågor om anmälningsskyldigheten enligt SoL. Detta ersätter inte den enskildes skyldighet att omedelbart samråda eller anmäla till socialtjänsten. Forumet ska kunna avgöra i vilka fall särskild medicinsk specialistkompetens behövs för utredning eller behandling, se figur 2, (1).

Inom landstinget bör det finnas ett motsvarande internt forum som organisatoriskt svarar mot kommunernas motsvarande organ bestående av ansvariga för MVC, BVC, förlossningskliniker, övrig primärvård samt eventuellt basteamen, se figur 2, (2).

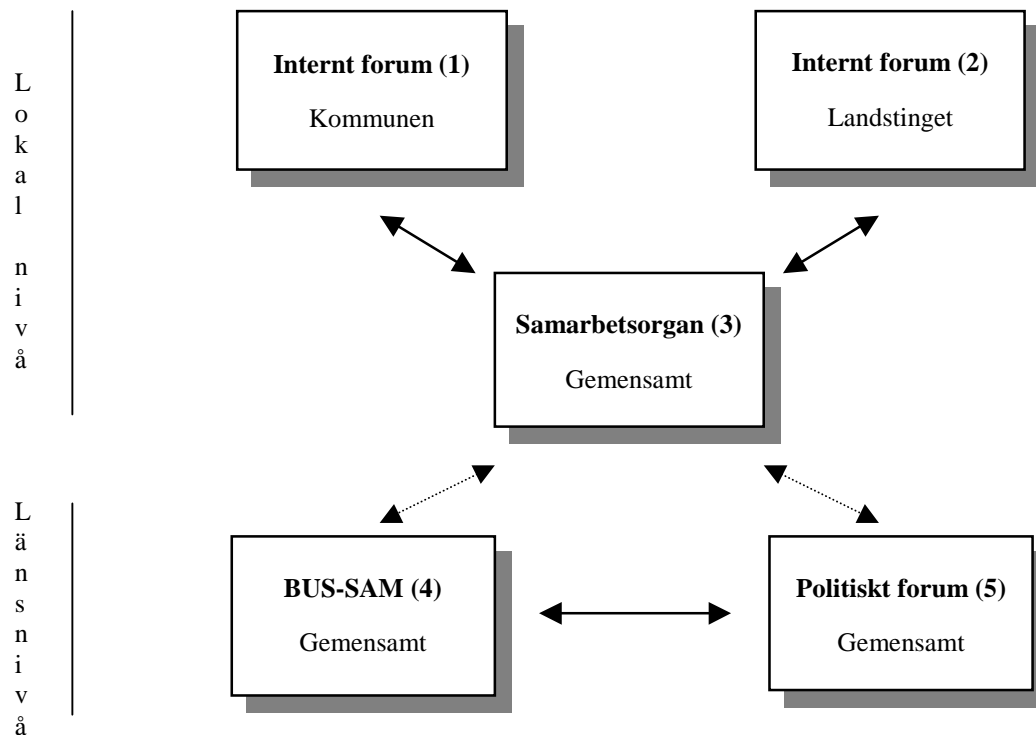
Ledningen för varje kommun och sjukvårdsområde inom hälso- och sjukvården ska senast den 1 januari 2002 träffa avtal om fasta samarbetsorgan med företrädare för kommunens respektive landstingets interna forum. Uppdraget för detta samarbetsorgan är att samordna och effektivt utnyttja de samlade resurserna på basnivån. Dessutom finns här den tvärprofessionella kompetens som behövs för att avgöra om ett barn ska remitteras vidare till specialistnivån för utredning, diagnos, habilitering, rehabilitering, behandling eller om ett ingripande från socialtjänstens sida kan vara motiverat. Till organet ska som fasta medlemmar även knytas företrädare för BUP, BUMM eller andra med särskild kompetens, se figur 2, (3).

Samarbetet på länsnivå

På länsnivå bildas en *samarbetsorganisation kallad BUS-SAM* med tjänstemän från kommun- och landstingsledning med uppdrag att följa upp och utvärdera policydokumentet, följa lagstiftning och kunskapsutveckling som kan föranleda behov av revidering av dokumentet samt föreslå förtroendevalda i landsting och kommuner hur utveckling av gemensamma verksamheter bör utformas, *se figur 2, (4)*.

På länsnivå bildas även ett *särskilt politiskt forum* med företrädare för kommuner och landsting vars främsta uppgift är att behandla rapporter och förslag från BUS-SAM samt att fatta beslut om revidering av dokumentet, *se figur 2, (5)*.

Twister som rör verksamhets- och kostnadsansvar förutsätts lösas i de lokala samarbetsgrupperna. I undantagsfall ska dock tvist kunna hänskjutas till det politiska forumet. Detta forum får vid dessa tillfällen därmed karaktär av skiljenämnd, dock ej med befogenhet att fatta beslut i enskilda ärenden. Gruppens rekommendationer till lösningar ska dock vara vägledande för beslut hos respektive huvudman.



Figur 2. Bild över samverkanstrukturen.

9. Giltighetstid

Denna gemensamma policy med riktlinjer gäller - sedan den antagits i respektive kommun och landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd – från den 1 november 2001 fram till utgången av år 2003. Motivet att sätta en borte gräns för giltighet är dels att man ser att dokumentet gäller, dels att ett ”bäst före” tvingar fram en revidering.

En särskild webb-plats kommer att skapas där erfarenheter kan redovisas, frågor kan ställas och diskussion kan ske.

RIKTLINJE 1

Ansvarsgränser mellan kommunen och landstinget för barn och ungdomar med funktionshinder

Dessa riktlinjer fokuserar på ansvarsgränser när det gäller barn och ungdomar med funktionshinder, som har behov av insatser från båda huvudmännen.

Grundläggande värderingar

- Barn med funktionshinder har samma rätt till stöd för sin utveckling som barn utan funktionshinder.
- Landstinget ska utan dröjsmål ombesörja att barn med funktionshinder får utredning för diagnos
- Kommunen ansvarar för pedagogik och omsorg via förskola/skola. Landstinget ansvarar för behandling och habilitering enligt HSL och råd och stöd enligt LSS.
- Kommunen och landstinget har ett gemensamt ansvar att tidigt identifiera och tillgodose anhörigas behov av stöd i föräldraskapet, när det gäller barn med funktionshinder.

Bakgrund

Barn med funktionshinder har i många fall behov av insatser från flera verksamheter, t ex socialtjänstens individ- och familjeomsorg, förskola och skola, hälso- och sjukvård samt råd och stöd enligt LSS. Särskilt gäller detta barn med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser, t ex ADHD/DAMP. Också anhöriga till barn med funktionshinder har ofta behov av stöd i olika former.

Tillkomsten av LSS har medfört förändringar i ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget, såväl i fråga om insatser som ekonomi. Kommunerna framför att det är ett stort problem att barn med funktionshinder i många fall får vänta för länge på bedömning för diagnos, vilket i sin tur påverkar ansvarsfördelning för insatser.

Det finns också vissa oklarheter om gränslinjen mellan HSL och LSS. Ska t ex en behandlingsinsats som sjukgymnastik ingå som en del i ”råd och stöd” enligt LSS, eller ges med stöd av HSL. Landstinget har efter sin tolkning av domar i regeringsrätten beslutat att insatser i första hand ska ges via HSL. Om den enskilde så begär ska behov av ”råd och stöd” enligt LSS prövas. Riksdagen har beslutat att en utredning ska föreslå ett förtydligande i denna fråga.

Ett ytterligare område där viss osäkerhet råder är frågan var gränsen går mellan behandling/habilitering (landstinget) respektive stimulering/omvårdnad/pedagogik (kommunen).

Riktlinjer för ansvarsfördelning

Kommunen har ett övergripande ansvar för såväl generellt som riktat stöd i föräldraskapet. Under den tid föräldrar väntar barn och tre månader efter barnets födelse har landstinget via MVC ansvar för stödet i föräldraskapet. Under i första hand spädbarnstiden ger BVC stöd. Därefter är föräldrastöd ett gemensamt ansvar för huvudmännen. Insatserna är av förebyggande karaktär och ska bidra till hälsa, trygghet och utveckling.

Förskoleverksamheten ska genom pedagogisk verksamhet erbjuda barn fostran och omvårdnad. I förskoleverksamheten ska finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och en god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling skall ges den omsorg som deras speciella behov kräver.

I förskolan/skolan får alla barn träning/stimulering när det gäller språk, begrepp, rörelser, motorik, tal osv för att utvecklas. Barn med funktionshinder har rätt till stöd i sin utveckling på samma sätt som barn utan funktionshinder. Stöd bör sättas in tidigt. Förskolan/skolan har vid behov rätt till stöd och konsultation från personal inom landstinget som har särskilda kunskaper om barnets funktionshinder.

Landstinget är ansvarigt för habilitering och ”råd och stöd”. Habiliteringens utgångspunkter är att stöd ska ges i den vardagsmiljö där barnet befinner sig. Därigenom kan målet att främja bästa möjliga funktionsförmåga och skapa förutsättningar för delaktighet för barnet bäst uppnås. För att behandling ska vara verkningsfull kan det utöver landstingets insatser behövas stöd i vardagliga aktiviteter. Sådant ska kunna genomföras av personal som normalt umgås med barnet i förskolan/skolan. Det kan ske efter stöd i form av konsultation/instruktion från personal inom landstingets habilitering.

Såväl behandling som träning ska genomföras av personal som har rätt kompetens för uppgiften. Förskolans/skolans personal har en generell kompetens som riktas mot barns normala utveckling och om barn i grupp. Habiliteringens personal har en särskild kompetens som riktas mot problem och livsbetingelser för barn med funktionshinder. Behandlingsinsatser inom landstinget ges framför allt av personal med legitimationsgrundad behörighet (psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logopedier).

Följande samarbetsmodell bör vara utgångspunkt för samverkan:

- Anhöriga, kommunen och landstinget ska enas om barnets behov av behandling och träning och hur dessa insatser ska genomföras.
- Landstinget ansvarar för behandlingen, ger stöd och konsultation till anhöriga och den personal som medverkar i träningen i vardagliga aktiviteter, samt ansvarar för att regelbundna behandlingsmöten kommer till stånd och då personal och anhöriga medverkar.
- Kommunen ansvarar för åtgärdsprogram och att det finns personal inom förskola/skola som bl a medverkar i vardagsträningen.

RIKTLINJE 2

Utredning och vårdplanering för barn och ungdomar med social och medicinsk problematik

Dessa riktlinjer fokuserar på utredning och vårdplanering för barn och ungdomar med social och medicinsk problematik – basnivån, IFO, handikappomsorg och BUP/barnmedicin.

Grundläggande värderingar

- Barn som behöver särskilt stöd har rätt att få sina behov av skydd, stöd, vård och behandling, habilitering och rehabilitering allsidigt utredda.
- Sammansatta svårigheter kräver insatser från flera professioner och verksamheter.
- Samordning av huvudmännens resurser och kompetens liksom gemensam utredning och vårdplanering krävs för att de mest socialt och medicinskt utsatta barnen ska få bästa möjliga hjälp

Bakgrund

Många barn har samtidigt sociala, psykologiska och psykiatriska problem. Förskola och skola ansvarar för funktionsbeskrivning och bedömning inom sina verksamhetsområden. Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) har en lagstadgad utredningsskyldighet (50, 50 a §§ SoL). Det yttersta ansvar som enligt socialtjänstlagen (SoL) åvilar kommunen fråntas inte landstinget dess ansvar för barn som behöver särskilt stöd. Hälso- och sjukvården (barn- och ungdomspsykiatri respektive barnmedicin) har sitt särskilda ansvar för utredning av sjukdom och skada.

Anhöriga och berörda verksamheter har redovisat att brister finns i resurser, i samordning och i gemensamt ansvarstagande med följd att barn inte får tillgång till tvärprofessionell kompetens. Sådan krävs ofta för helhetsbedömning av de skydds- och riskfaktorer som ska utgöra underlag för planering av skydd, stöd, vård och behandling.

Riktlinjer för utredning och vårdplanering

Basnivån

Om en bedömning behövs inför beslut om särskilt stöd i barnets vardagsmiljöer (förskola/skola) svarar basnivån för denna. Undantag är om det är uppenbart att utredning på specialistnivå behövs direkt. På basnivån kan skolläkare och barnläkare bedöma om barnet behöver tillgång till specialistkompetens inom BUP/Barnmedicin.

Socialtjänsten (IFO och handikappomsorg)

Om barnet enligt IFOs utredning av föräldraförmåga och barnets behov visar tecken på psykisk störning överlämnas ärendet för barn- och ungdomspsykiatrisk/barnmedicinsk utredning till BUP eller i vissa fall barnmedicin. Endera av dessa svarar för

utredning/funktionsbeskrivning/diagnostik av barn med neurologiska/neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser. IFO ska bara behöva aktualisera utredning hos endera BUP eller barnmedicin. Specialistutlåtandet ska utgöra komplement till IFOs utredning och därmed ingå i underlaget för beslut om insatser enligt SoL eller vård enligt LVU. Utlåtandet kan också utgöra grunden för en vårdplan som upprättas av huvudmännen gemensamt.

BUP/Barnmedicin

Utredning av barn som visar tecken på psykisk störning ska ha den omfattning som BUP/barnmedicin och basnivån eller socialtjänsten överenskommer och ska genomföras inom de tidsgränser som i vissa fall gäller enligt lag för socialtjänstens verksamhet. BUP och barnmedicin ska samarbeta och samverka så att specialistresurserna effektivt tas till vara.

BUP kan inte avvisa ett utredningsuppdrag med mindre än att utredning bedöms obehövlig. BUP ska i sådant fall fatta formellt beslut i frågan, inklusive motivering.

Barn i familjehem

Barn som vårdas i eller ska placeras i familjehem har ofta behov av barnpsykiatrisk/barnmedicinsk specialistkompetens. Inför placering bör alltid en funktionsbeskrivning och bedömning ske (IFOs utredning enligt 50, 50 a §§ SoL). Om barnet visar tecken på psykisk störning/neurologisk utvecklingsavvikelse remitteras det av IFO till BUP/barnmedicin för medicinsk diagnostisering och/eller behandling. För barn som är folkbokförda i familjehem utanför Stockholms län avtalar IFO direkt med aktuellt landsting om utrednings/behandlingsinsatser. BUP i Stockholms län biträder socialtjänsten om tvist mellan kommun och annat landsting uppstår.

RIKTLINJE 3

Samordning av råd, stöd, omsorg, vård och behandling för barn och ungdomar med funktionshinder

Dessa riktlinjer fokuserar på samordning av insatser för barn och ungdomar med sammansatta funktionshinder, dvs. behov av insatser från olika verksamheter eller huvudmän.

Grundläggande värderingar

- Alla barn med funktionshinder har rätt till hjälp med samordning av samhällets insatser
- Barnet och dess vårdnadshavare har rätt till en namngiven ansvarig samordnande handläggare för hjälp med samordning
- Om vårdnadshavare önskar, ska en samordnad plan för insatser upprättas – ”barnets/ungdomens plan”
- Varje sådan plan ska utarbetas i samråd med barnets vårdnadshavare

Bakgrund

Barn med funktionshinder och deras vårdnadshavare är beroende av att samhällets insatser samverkar, och att resurserna ger bästa möjliga stöd och positiva effekter. Huvudmännens verksamheter har olika uppdrag och ansvar för att upprätta olika planer, s.k. specialplaner för insatser. De verksamheter som kan beröras är socialtjänst, förskola och skola, handikappomsorg, försäkringskassa, fritidsverksamhet, barnklinik, barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshabilitering. I dagsläget finns oklarheter och förvirring kring de olika planerna, i värsta fall konkurrerar de, vilket inte bidrar till tydlighet för vårdnadshavare, anhöriga och berörd personal i närmiljön. En bättre samverkan är nödvändig och en skyldighet för huvudmännen.

Exempel på specialplaner som upprättas är följande:

Åtgärdsprogram inom förskola/skola

Habiliteringsplan inom landstingets habiliteringsverksamhet

Medicinsk vårdplan inom landstingets barnmedicinska verksamhet

Individuell plan för den som ingår i LSS´ personkrets

Riktlinjer för samordning

Vårdnadshavare till barn med funktionshinder har rätt till en samordnande handläggare som har till uppgift att aktivt hjälpa till med samordning av samhällets insatser. Vårdnadshavare ska informeras om rätten till samordnande handläggare samt – när de önskar sådan – namnet på denne samt hur han eller hon kan kontaktas. Vårdnadshavares begäran om en samordnande handläggare får inte avvisas.

Samordnande handläggare kan utses av kommunen eller landstinget. Kommunen, som med sina olika verksamheter har en bred ingång för barn i alla åldrar, har ett övergripande ansvar för att samordnande handläggare utses.

Såväl kommunen som landstinget har ansvar och skyldighet att medverka i att samordning av insatser kommer till stånd samt aktivt bidra till att samordningsplan upprättas.

Den som utses till handläggare är skyldig att hjälpa vårdnadshavare i samordningsarbetet. Hon eller han kan liknas vid en "lots". Handläggare ska ha förutsättningar att ikläda sig detta lotsansvar, t ex vad avser kunskaper om funktionshinder, aktuell lagstiftning, landstingets organisation etc. Samordnande handläggare kan exempelvis vara LSS-handläggare men kan också ha sitt hemvist i förskola/skola, socialtjänst eller barnhabilitering.

Handläggare som inte får den medverkan av andra instanser som behövs för att effektiv samordning ska komma till stånd, ska aktualisera detta hos sin ledning som ska vidta erforderliga åtgärder.

Den samordnande planen - "Barnets/ungdomens plan" - ska innehålla kartläggning av behov, övergripande planering av mål, insatser och ansvarsfördelning samt vara tidsbegränsad för uppföljning/utvärdering. Planen kan bygga på att en verksamhet redan upprättat en så kallad specialplan för dess insatser eller föranleda att verksamheter måste göra specialplaner för sina specifika insatser enligt samordningsplanen. Specialplanerna kan i sin tur brytas ned i olika detaljplaner såsom behandlingsplaner, elevvårdskonferenser, utvecklingssamtal osv.

Utarbetandet av samordningsplanen ska alltid ske i samarbete mellan barnet och dess vårdnadshavare, den samordnande handläggaren samt berörd personal som vårdnadshavaren önskar ha med. Regler om sekretess får inte användas som hinder för att samordningsplan upprättas; istället ska vårdnadshavarens medgivande för aktivt samarbete sökas. Samarbetet innebär att alla berörda tillsammans försöker beskriva barnets möjligheter och begränsningar och familjens behov av stöd.

Ett exempel på samordnande plan visas i bilaga 1A till denna riktlinje.

Bilaga 1A till riktlinje 3

Exempel på samordnande plan

Barnets/ungdomens plan för:			
Personnummer:	Aktuella planer	ja	nej
Adr:	Habiliteringsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Individuell plan LSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medicinsk vårdplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare:			
Tel			
Utsedd handläggare			
Tel			
Datum:.....			
Närvarande - namn:.....			
.....			
.....			

LÅNGSIKTIGA MÅL (beskriver barnets/ungdomens/vårdnadshavares önskemål/förväntningar på 2-5 års sikt eller längre)

--

PRIORITERADE BEHOVSOMRÅDEN (inom det närmaste året).
PLANERING, KORTSIKTIGA MÅL, ANSVARIG, TIDPLAN

1.
2.
3.

Kopia till samtliga berörda enligt överenskommelse med vårdnadshavare.
Uppföljning av åtgärdsplan (datum):.....

Vid pennan.....

KARTLÄGGNING AV BEHOV ENLIGT ICIDH-2³. Fokusera på önskemål om förändring/förbättring

Levnadsvanor , aktivitet, delaktighet + = utför är delaktig i, starka sidor, förmågor, underlättande ö = önskemål om förändring	Omfattning av hinderande o underlättande faktorer i omgivningen + = vad fungerar bra, vad kan jag, underlättande i miljön? ö = vad önskar jag/vi förändra vad önskar jag att jag kunde, hinderande i miljön?
Hälsa/välbefinnande/friskvård	
Rörlighet/förflyttning	
Kommunikation	
Matsituation	
Personlig vård	
Förskola/skola	
Socialt samspel - sociala relationer inom resp utanför familjen	
Arbete/sysselsättning	
Fritid	
Boende	
Samhällstjänster/ekonomi (t ex LSS, vårdbidrag)	
Familjens behov *	

*information kring barnet/ungdomen. Syskon/vårdnadshavare. Träffa andra föräldrar. Samtalsstöd.

³ ICIDH-2 = International Classification of Impairment, Disability and Handicap. WHO's klassifikation från 1980, ny version 1999.

UPPFÖLJNING – UTVÄRDERING - PRIORITERADE OMRÅDEN

Namn:.....

Datum:.....

Ev ny uppföljning (datum):.....

Utvärderingen kan göras enligt VAS skala på en 10 cm lång linje för respektive område och fråga

Planerade insatser	Har vi nått dit vi planerat?	Har vi gjort det vi lovat?	Har samarbetet varit gott?
Område:	Inte alls Helt	Inte alls Helt	Inte alls Helt
	_____	_____	_____
Område:	Inte alls Helt	Inte alls Helt	Inte alls Helt
	_____	_____	_____
Område:	Inte alls Helt	Inte alls Helt	Inte alls Helt
	_____	_____	_____

Vilket är nästa steg?

.....

.....

.....

RIKTLINJE 4

Samordning av utredning och insatser för barn och ungdomar med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser

Dessa riktlinjer fokuserar på samordning av utredning och insatser för barn och ungdomar med funktionshinder som beror på neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser. Dessa kan vara diagnoser som ADHD/DAMP, inom autismområdet (autism, Aspergers syndrom), utvecklingsstörning eller andra närliggande tillstånd.

Grundläggande värderingar

- Barn med symtom på neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser har rätt till bedömning, utredning och diagnos utan dröjsmål.
- Barn med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser som behöver strukturerad förskole-/skolmiljö med särskilt anpassad pedagogik har rätt till detta.
- Anhöriga till barn med neurologiska eller neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser som behöver särskilda stödinsatser eller utbildning ska få detta.

Bakgrund

I länet finns ca 3 250 barn med funktionshinder inom autismområdet. Dessa har rätt till särskilda insatser enligt LSS. Insatserna ges inom landstingets öppna habiliteringsverksamhet och inom kommunen. För barn med autism har två centra med kapacitet för ca 400 barn inrättats inom landstingets öppna habiliteringsverksamhet. För barn med Aspergers syndrom har en ny modell med särskilda stödteam bildats inom den öppna habiliteringsverksamheten. Ett ytterligare centrum för utredning, diagnos och behandling planeras.

Det finns i länet också ett stort antal barn med ADHD/DAMP. Studier visar på att mellan tre och tio procent av alla barn kan definieras ingå i gruppen med ADHD/DAMP. Enligt Socialstyrelsen kan ett riktmärke vara 4 - 4,5 procent. I länet finns sammanlagt ca 425 400 barn och ungdomar under 20 år. Detta innebär att mellan 17 000 och 19 000 barn och ungdomar ingår i gruppen med ADHD/DAMP (procentsatserna 4 – 4,5 procent).

Endast ett fåtal av dessa kan bedömas tillhöra personkretsen enligt LSS och därmed få insatser inom landstingets habiliteringsverksamhet.

En mindre andel av barn och ungdomar med ADHD/DAMP och närliggande tillstånd behöver medicinering eller behandling via BUP eller habilitering. Också familjerna behöver oftast stödinsatser från kommunen eller landstinget.

Inom länet finns också ca 30 basteam (kallas i sydvästra sjukvårdsområdet för STUDS-team). Dessa byggs upp i nära samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna. De verkar på basnivå när det gäller samarbete, ansvarsfrågor och vårdkedjor för barn och ungdomar

med neurologiska/ neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser. Samarbetspartners är som regel öppen barnsjukvård, habilitering, BUPs öppenvård, socialpedagogiska och elevvårdande funktioner i kommun etc.

Riktlinjer för samordning

Kommunerna har huvudansvaret för stödet i skolan och för familjestödet. Varje barn och dess anhöriga måste få mötas av lärare och annan personal med kunskap om aktuellt funktionshinder.

BVC/förskolan/skolan ska ha egen tillräcklig kompetens och kunna bedöma om en mer kvalificerad utredning behöver göras inom hälso- och sjukvården.

Innan BVC/förskolan/skolan remitterar ett barn till mer kvalificerad utredning ska de ha gjort en bedömning av barnets hälsotillstånd och pedagogiska problem. Pedagogiska och andra stödåtgärder ska ha prövats, om det inte är uppenbart att barnets behov direkt kräver särskild specialistkompetens.

Utredning sker oftast inom basteamen. Specialiserad utredning kan göras av antingen barnmedicinska klinikernas neurologiska enheter eller av BUP. Klinikteam finns på KS, HS och SöS. Dessa bör kunna ges en funktion som kunskapscentra. Anhörigas synpunkter på var utredning ska ske, ska beaktas.

Väntetiden för kvalificerad utredning ska inte överstiga tre månader.

Landstinget och förskolan/skolan ska samarbeta med varandra i utredningsarbetet. Utredande personal, anhöriga och förskolans/skolans personal går tillsammans igenom utredningsresultatet och de pedagogiska konsekvenserna.

En plan för fortlöpande utbildningsinsatser till nyckelpersonal ska utarbetas. Exempel på sådan är specialpedagoger och personal inom elev- och skolhälsovård och socialtjänst. Landstinget har uppdraget att initiera dessa utbildningsinsatser. Landstinget och kommunen ska aktivt medverka i utbildningsinsatserna och avsätta resurser för stöd och metodutveckling.

RIKTLINJE 5

Barn och ungdomar med sammansatt social och psykiatrisk problematik som vårdas utanför det egna hemmet

Dessa riktlinjer fokuserar på barn och ungdomar med sammansatt social och psykiatrisk problematik som vårdas utanför det egna hemmet.

Grundläggande värderingar

- Barn med behov av psykiatrisk behandling i kombination med socialtjänstinsatser i eller utom hemmet är ett gemensamt ansvar för BUP, förskola/skola och socialtjänst.
- Behandling ska bygga på en helhetssyn på barnets behov
- Behandlingen ska ta fasta på de positiva faktorer hos individen, familjen, det omgivande nätverket och samhället som har betydelse för hälsa och utveckling.
- Kommunen svarar för de särskilda insatser som krävs i förskola och skola och för psykosocial vård, omsorg och behandling. Landstinget svarar för all medicinsk behandling.
- Barn- och ungdomspsykiatrisk behandling kan genomföras vid landstingets enheter eller vid enheter som drivs av annan vårdgivare.
- Om barnet har behov av insatser genom både kommunen och landstinget ska dessa upprätta en skriftlig gemensam vårdplan. De fattar dock var för sig beslut om insatser och kostnader. De ska gemensamt följa upp vårdplanen.

Bakgrund

Behandling är kostsam, särskilt heldygnsvård vid klinik eller institution. Bristande samordning av huvudmännens verksamhetsansvar och därmed följande kostnader kan leda till att barn med sammansatt social och psykiatrisk problematik inte får adekvat omhändertagande och behandling. Särskilt gäller detta utagerande eller missbrukande barn som behöver vård utanför det egna hemmet.

Under senare år har förekommit att socialtjänsten och BUP fördelat kostnadsansvaret mellan sig när det gäller barn med sammansatt social och psykiatrisk problematik. Under år 2000 har detta gällt för ett fyrtiotal barn. Sannolikt är antalet barn med sammansatt problematik större. Det kan uppskattas till ett hundratal barn i länet.

Förutsättningar för riktlinjen

Riktlinjens giltighetstid t.o.m. 31 december 2003 kan ses som en prövotid för att få erfarenheter inför nästa period.

I länet finns ingen samlad bild om behoven och kostnadsfördelningen av vård och behandling för barn med omfattande och sammansatt social och psykiatrisk problematik. I den mån det förekommer en kostnadsfördelning kan det se olika ut. I vissa fall står Socialtjänsten för hela kostnaden, i andra BUP och i vissa fall delar BUP och Socialtjänsten på kostnaden för placering. Det är i dagsläget omöjligt att bedöma kostnadsutvecklingen för respektive huvudman. Utfallet av riktlinjen ska därför fortlöpande följas upp och utvärderas.

Ett gemensamt arbete ska omedelbart starta för att samla in erfarenheter och utveckla kunskaper om den aktuella gruppen barn. Bland annat kommer en särskild rutin och särskilda underlag för redovisning av aktuella fall att införas. Under policyprogrammets giltighetstid kommer det att finnas kontrollstationer där antal placeringar, placerings- och behandlingsformer, kostnader och kostnadsfördelning m.m. utvärderas. Detta kommer att vara en uppgift för det särskilda politiska forum som ska finnas under policyprogrammets giltighetstid.

Riktlinjer för behandlingsinsatser och förtydligande av vårdplaneringsprocessen

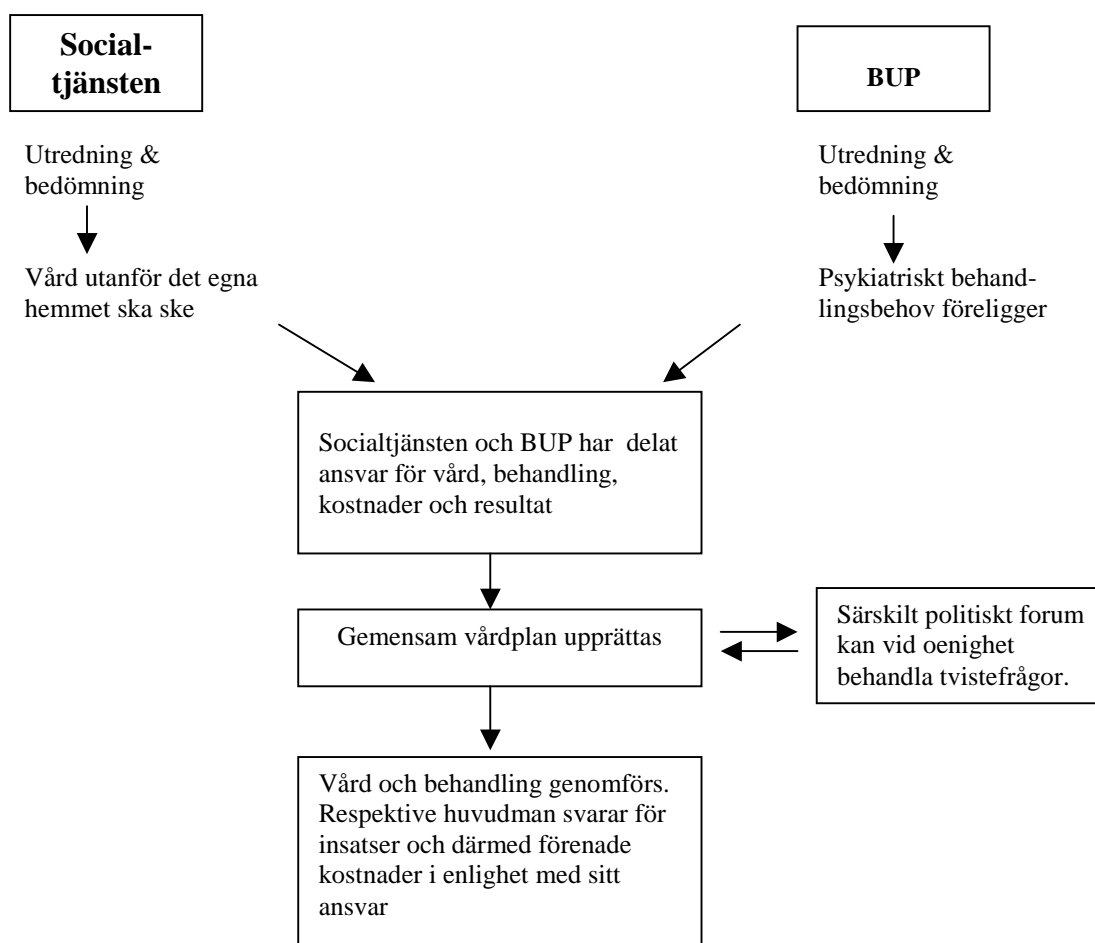
I figuren på följande sida åskådliggörs processen på ett principiellt plan hur ansvars- och kostnadsfördelningen fördelar sig mellan socialtjänsten och BUP när det gäller barn med både sociala problem och psykiatrisk störning och som vårdas utanför det egna hemmet.

Socialtjänsten och BUP gör sina utredningar och bedömningar av barnets behov av vård utanför det egna hemmet respektive behov av psykiatrisk behandling.

Då barnet har behov av såväl vård utanför det egna hemmet som psykiatrisk behandling har socialtjänsten och BUP ett delat ansvar för behandling, kostnader och resultat. De ska tillsammans upprätta en gemensam vårdplan. I denna ska framgå vilka insatser som kan vara aktuella, möjlig vårdgivare, kostnadsfördelning mellan huvudmännen etc. Vårdplanen ska vara skriftlig. Den ska undertecknas av företrädare från respektive huvudman med mandat att fatta beslut som vårdplanen kräver, t ex om kostnader.

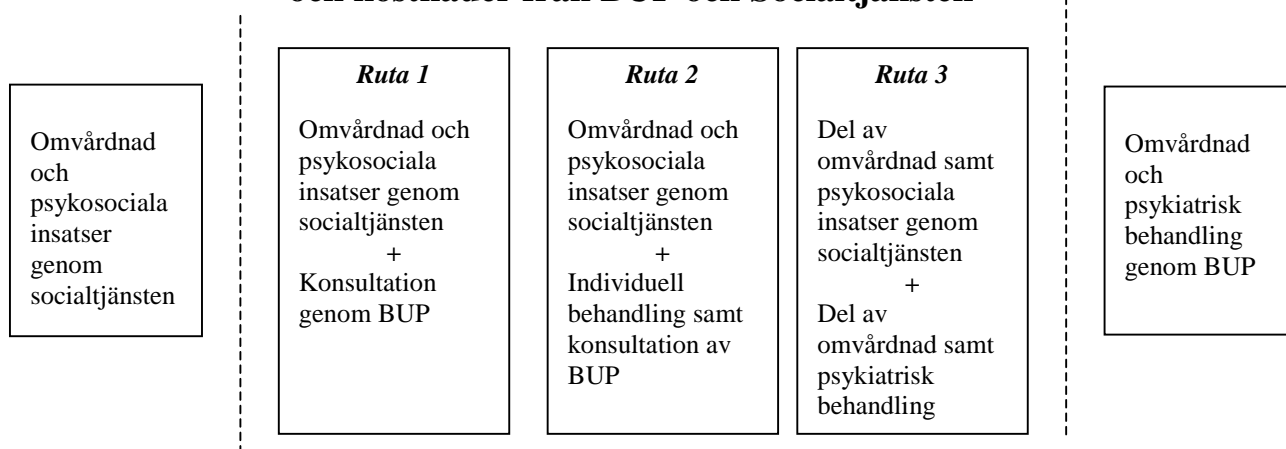
Om socialtjänsten och BUP inte kan enas om fördelning av ansvars- och kostnadsfördelning finns möjlighet att lyfta tvistefrågor till ett särskilt politiskt forum med företrädare för kommuner och landstinget. Detta forum har karaktären av skiljeinstans och dess rekommendationer till lösning av tvist ska vara vägledande för beslut hos respektive huvudman.

När den gemensamma vårdplanen är upprättad genomförs vård och behandling. Socialtjänsten och BUP svarar för respektive insatser och därmed förenade kostnader i enlighet med vårdplanen.



Nedan visas schematiskt olika kombinationer av fördelning av insatser och kostnadsansvar mellan Socialtjänsten och BUP. I de tre mellersta rutorna föreligger behov av såväl vård utanför det egna hemmet som psykiatrisk behandling.

Olika kombinationer av fördelning av insatser, ansvar och kostnader från BUP och Socialtjänsten



Kommentar: Psykosociala insatser är en kombination av pedagogiska, psykologiska och sociala insatser.

Förtydligande av rutornas innehåll.

- Ruta 1: Barnets vård- och behandlingsbehov tillgodoses genom vård utanför det egna hemmet, som socialtjänsten bekostar. Socialtjänsten svarar för omvårdnad och psykosociala insatser som kan vara av pedagogisk, psykologisk och social karaktär. BUP bidrar med konsultation rörande barnet till personalen.
- Ruta 2: Barnets vård- och behandlingsbehov tillgodoses genom vård utanför det egna hemmet, som socialtjänsten bekostar. Socialtjänsten svarar för omvårdnad och psykosociala insatser som kan vara av pedagogisk, psykologisk och social karaktär. BUP svarar för psykiatrisk behandling för barnet samt konsultation rörande barnet till personalen.
- Ruta 3: Gäller barn och ungdomar med sammansatt social och psykiatrisk problematik som vårdas i verksamhet med huvudsaklig inriktning på barn med psykiatriska tillstånd. Socialtjänsten svarar för del av omvårdnaden samt psykosociala insatser. BUP svarar för del av omvårdnaden samt psykiatrisk behandling, t ex behandlingsinsatser eller konsultation till personalen. Den ekonomiska fördelningen får förhandlas fram i varje enskilt fall.

Riktlinjer i övrigt

Behov av psykiatrisk behandling hos BUP kan initieras från basnivån eller specialistnivån. Hänvisande och remitterande instanser ska alltid vända sig till öppenvårdsmottagning inom BUP. Beslut om behandling, dess innehåll och omfattning fattas av BUP. På samma sätt beslutar förskola, skola, socialtjänst etc. om insatser i sina verksamheter.

Merparten av de barn som behöver psykiatrisk behandling får denna genom BUPs öppenvård eller i vissa fall genom BUPs dagvård eller heldygnsvård.

Inläggning vid BUP-klinik sker alltid via lokal öppenvårdsmottagning inom BUP, utom nätter och helger. Vid utskrivning från BUP-klinik har BUP ett uppföljningsansvar för barnet och utser patientansvarig behandlare vid BUP-mottagning.

I de fall ett barn vistas på HVB-hem eller SiS-institution och är i behov av psykiatrisk behandling, kan denna ske antingen genom att barnet kommer till BUP-mottagning eller att BUP svarar för behandling på institutionen. BUP ger vid behov konsultation till berörd personal på institutionen. Barnets situation ska vara avgörande för om behandlingen sker på BUP-mottagning eller på institutionen. För de barn som är folkbokförda i länet men behandlingshemsplacerade i annat län, gäller Riksavtalet för utomlänsvård.

Om den unge eller vårdnadshavaren inte samtycker till föreslagen psykiatrisk behandling och LPT inte är tillämplig bistår BUP socialtjänsten med konsultinsatser.

När behov av barn- och ungdomspsykiatrisk behandling konstaterats före patientens 18-årsdag och behandlingsbehovet bedöms kvarstå även sedan hon eller han fyllt 18 år, ska BUP träffa överenskommelse med vuxenpsykiatri och i förekommande fall socialtjänsten om vilken vårdgivare som ska ansvara för fortsatt behandling och uppföljning.

BILAGA 1

Ansvar för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från ett rättsligt perspektiv⁴

1 Bakgrund

Många barn och ungdomar har på grund av funktionshinder och psykiska problem behov av insatser från samhällets sida. Behovet kan se mycket olika ut beroende av både vilka problem individen har och vad som orsakar problemen. Generellt kan sägas att antalet aktörer som skall verka för en god psykisk miljö för barn och ungdomar är stort. Både kommuner och landsting har inom sina respektive verksamhetsområden ålagts ansvar för dessa barn och ungdomar. Ibland kan det för ett barn finnas behov av insatser från både kommunen och landstinget. S.k. basverksamheter som barnhälsovård, förskola och skola skall så långt är möjligt ha beredskap att möta och hantera barns och ungdomars problem.

I slutbetänkandet från Barnpsykiatrikommittén⁵ konstateras att det till följd av otillräcklig tydlighet i ansvarsfördelning mellan landsting och kommun händer att barn och ungdom inte får den vård som de behöver. Det framhålls dock som viktigt att med stor tydlighet fastslå den grundläggande ansvarsfördelningen innan man går in på samarbetsformer.

Nedan följer i kap. 2 först en översiktlig genomgång av aktuell lagstiftning. Därefter analyseras i kap. 3 grundläggande kompetensregler och möjligheterna till samarbete mellan kommuner och landsting utifrån fyra centrala frågor. I kapitel 4 berörs närmare ansvaret för barn och ungdomar med psykiska problem. Därpå följer i kap. 5 fokusering av ansvar för habilitering avseende barn och ungdomar.

2 Tillämplig lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL

HSL är en målinriktad ramlag vars övergripande syfte är att säkerställa god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. HSL är inte en rättighetslag i den meningen att en individ inom ramen för ett besvärsförfarande kan få tillgång till viss vård eller viss omfattning av vården i ett enskilt fall. Enligt portalparagrafen avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstingen har ansvaret för den dominerande delen av den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården.

Begreppet bosättning har stor betydelse för tillämpningen av HSL. Tolkningen av bosättningsbegreppet utgår från bestämmelserna i folkbokföringslagen. I enlighet med det för landstingen gällande Riksavtalet för s.k. utomlänsvård definieras patientens hemlandsting som det landsting där patienten vid vårdtillfällets inledning är folkbokförd.

⁴ Detta dokument har utarbetats av Stockholms läns landstingskontors juridiska enhet och Stockholms stads juridiska avdelning.

⁵ SOU 1998:31

I 3 b § HSL anges bl.a. att landstinget skall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 b § HSL. Kommunen ansvarar enligt 18 b § för bl.a. habilitering i den utsträckning den har ett hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 §. Enligt 18 § är kommunens ansvar för hälso- och sjukvård begränsat till särskilda boendeformer och dagverksamhet. I varje kommun skall det enligt HSL finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Inom all hälso- och sjukvård skall det finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef).

I samband med överförandet av särskole- och omsorgsverksamheten till kommunerna 1994 träffades en överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län (KSL). Överenskommelsen innebär att landstinget förbundit sig att fullgöra vad som ankommer på kommunen enligt dåvarande 18 och 18 a §§ för personer som tillhör personkretsen enligt LSS och som deltar i särskilda boendeformer och/eller deltar i dagverksamhet. De uppgifter som enligt HSL 24 § skall fullgöras av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunerna skall även omfatta dessa verksamheter (Landstingsfullmäktiges tryckta handlingar 1994:86, 11 §).

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundets har i en promemoria den 25 januari 2000 (2000:18) rubricerad ”Hälso- och sjukvårdsansvaret i olika former av särskilda boenden m.m.” uttalat bl.a. följande (sid. 1f):

”Kommunens ansvar

Det obligatoriska kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är begränsat till de särskilda boendeformerna och dagverksamheter som anges i 18 – 18 c §§ i HSL. Ansvaret omfattar insatser t.o.m. sjuksköterskenivå. Ansvaret gäller också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar som behövs för inkontinens.

En kommun kan utöver det obligatoriska området också bedriva hemsjukvård med stöd av 18 § 1, 2 och 3 st. HSL. Detta kan ske antingen som en kompletterande verksamhet eller genom att kommunen tar över huvudmannaskapet genom avtal med landstinget. Avtalet som ligger till grund för ansvarsfördelningen måste vara tydligt. Det gäller särskilt om någon grupp, t.ex. förskolebarn, inte omfattas av kommunens åtagande. Avtal om hemsjukvård förutsätter medgivande av regeringen.

Landstingets ansvar

Läkarinsatser är landstingets ansvar.

Behandling av psykologer och psykoterapeuter som utförs i nära samarbete med läkare och avser specifika arbetsuppgifter inom psykiatri ansvarar landstinget som tidigare för. Det är landstinget som skall tillgodose behovet av psykiatriska insatser enligt 3 § HSL, utöver de insatser som kommunen ansvarar för. Jämför propositionen 1993/94:218 ”ansvaret för psykiatri” sid. 91.”

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS

LSS är en lag som kan ge personer med vissa funktionshinder rätt till insatser, bl.a. råd och stöd, korttidsvistelse utanför den egna hemmet, kontaktperson, korttidstillsyn för skolungdom och boende i familjehem. LSS är till skillnad från HSL en ”rättighetslag”, dvs. rättsliga anspråk på viss insats kan resas med stöd av LSS. Personkretsen omfattar bl.a. barn och ungdom med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd och med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande (1 § LSS).

Landstinget har ansvaret för råd och annat stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder (9 § 1 LSS). Kommunen ansvarar för de övriga förmånerna enligt LSS (9 § 2-10 LSS).

Kommuner och landsting får träffa avtal om att ändra huvudmannskapet för en eller flera uppgifter enligt LSS (17 § andra st. LSS). Överlåtaren får då lämna ekonomiskt bidrag.

Socialtjänstlagen (1980:620) – SoL

SoL är en målinriktad ramlag med en kombination av skyldighets- och rättighetsregler. Lagens övergripande syfte är att främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

I SoL klargörs bl.a. socialnämnds åligganden gentemot människor med funktionshinder. Socialnämnden skall bl.a. tillhandahålla bostäder med särskild service för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Nämnden skall vidare medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning, t.ex. genom dagverksamhet, samt planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer

Omsorger om barn och ungdom har en framträdande roll i socialtjänstens arbete. SoL upptar regler som syftar till skydd för underåriga och som kompletteras av förfarandebestämmelser i samband med utredning.

Kommunerna skall svara för kostnader som är förbundna med socialtjänstlagen och andra lagar inom socialtjänstområdet. Här ligger även ansvar för utredningar som krävs för att kunna ta ställning till insatser inom socialtjänstområdet. Ang. ansvaret för barn- och ungdomspsykiatrisk utredning och behandling hänvisas till kap. 4.3 nedan.

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga – LVU

Om insatser för barn- och ungdomar inte kan genomföras med samtycke inom ramen för SoL, kan den unge i vissa fall beredas vård enligt LVU. Förvaltningsdomstol tar ställning till vårdfrågan och socialnämnden bestämmer hur vården av den unge skall ordnas och var han skall vistas under vårdtiden. För vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn finns särskilda ungdomshem, s.k. § 12-hem. (12 § LVU).

Statens institutionsstyrelse (SIS), som leder och har tillsyn över verksamheten vid hemmen, anvisar plats. Staten kan om det finns särskilda skäl för det genom avtal uppdra åt ett landsting eller en kommun att inrätta och driva s.k. § 12-hem. För vård i ett sådant hem får avgift tas ut av den kommun som begärt placeringen (23a § SoL).

I § 12-hem skall finnas tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Dessutom bör det finnas tillgång till psykologisk expertis (11 § socialtjänstförordningen). Vid utgången av 1999 fanns i landet 61 (av 634) § 12-hemsplatser med särskild inriktning på ungdomar med psykiska problem.

Bl.a. om den unge till följd av psykisk störning missbrukar, begår brott eller har annat socialt nedbrytande beteende kan finnas skäl att vidta ett omhändertagande enligt LVU. LVU upphör inte bara för att LPT tillämpas.

Skollagen (1985:1100)

I skollagen finns de övergripande målen för samtliga skolformer. Kommunen är huvudman för förskoleklassen, grundskolan och med smärre undantag även för gymnasieskolan.

I en inledande paragraf fastslås generellt att i utbildningen skall hänsyn tas till elever som behöver särskilt stöd. Det kan gälla funktionshinder, koncentrationssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter mm (1 kap. 2 § andra st.). I följande kapitel finns beträffande andra skolformer liknande formuleringar. Där finns också regler om särskild skolplikt för barn som inte kan gå i grundskolan.

Av Skolverkets rapport Elever i särskilt behov av stöd (98:389, sid. 38) framgår bl.a. att elevvårdspersonalen är den kategori av vuxna i skolan som åtnjuter störst förtroende av elever om de får problem i skolan. Skolhälsovård skall finnas i samtliga skolformer för barn och ungdomar utom förskoleklassen. Skolhälsovård är främst förebyggande. Den skall omfatta hälsokontroller och enklare sjukvårdsinsatser. För ändamålet skall finnas skolläkare och skolsköterska. Huvudmannen för utbildningen skall anordna skolhälsovården, vilket innebär att ansvaret som regel vilar på kommunen. Av förordningarna för aktuella skolformer följer emellertid att uppgiften får fullgöras av ett landsting om kommunen och landstinget är överens om detta.

Grundskoleförordningen (1994:1194)

I grundskoleförordningens femte kapitel finns det närmare föreskrifter om hur skollagen skall tillämpas bl.a. när det gäller hur särskilda stödinsatser skall utformas.

Särskilt stöd (stödundervisning) skall lämnas till elever med behov av specialpedagogiska insatser. I första hand skall det ges i den grupp eller klass som eleven tillhör. Om det finns särskilda skäl skall stödet ges i särskild undervisningsgrupp. Om en elev behöver särskilda stödåtgärder skall ett åtgärdsprogram utarbetas av berörd skolpersonal. Därtill finns regler om bl.a. anpassad studiegång och särskild undervisning.

Särskoleförordningen (1995:206)

I särskoleförordningens femte kapitel finns motsvarande föreskrifter om särskilda stödinsatser för särskolans elever som enligt grundskoleförordningen.

Det under rubrik 2.1 nämnda avtalet mellan Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län avsåg bl.a. överföring av särskola/särvux till kommunerna och berör bl.a. resurs av kuratorer, psykologer och förskolekonsulenter (9 §).

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård – LPT

LPT kompletterar HSL med regler som tar sikte på tvång inom den psykiatriska vården. Lagen är i princip tillämplig även på barn och ungdomar under 18 år. LVU och LPT kan tillämpas parallellt. Enbart en psykisk utvecklingsstörning utgör emellertid inte grund för LPT-vård.

Vården skall ske på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. Regeringen kan om det finns ”synnerliga skäl” bestämma annat.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård – LRV

De flesta som vårdas enligt LRV har av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård som särskild brottspåföljd (BrB 31 kap. 3 §).

Övriga som efter beslut av chefsöverläkare kan beredas vård enligt LRV är

- de som är anhållna, häktade eller intagna på en enhet för rättspsykiatrisk utredning,
- de som är intagna eller skall förpassas till en kriminalvårdsanstalt samt
- de som är intagna eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård (enligt BrB 31 kap. 1 a §).

LRV-vård ges på sjukvårdsinrättning som drivs av landstingskommun.

Lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU)

LSU gäller bara de som döms till sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § BrB. Genom lagen har skapats en påföljd som i princip ersätter fängelsestraffet för de yngsta lagöverträdarna, d.v.s. de som var 15 -17 år vid brottstillfället. Tiden kan vara lägst 14 dagar och högst fyra år.

Verkställighet av sluten ungdomsvård skall ske vid sådana särskilda ungdomshem som avses i 12 § LVU. Under verkställigheten skall ungdomarna få sådan vård och behandling som behövs för att angripa deras kriminalitet och övriga problem.

Om den dömda behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan nödvändig undersökning och behandling inte lämpligen genomföras vid det särskilda ungdomshemmet, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får den dömda föras över till ett allmänt sjukhus (19 LSU).

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ("betalningsansvarslagen")

Lagen reglerar betalningsansvar från kommun till landsting i vissa vårdsituationer, nämligen:

- Somatisk långtidssjukvård som bedrivs av landsting eller enskild näringsidkare.
- Vård av medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård.
- Vård av medicinskt färdigbehandlade vid slutna psykiatrisk vård.
- Annan sjukvård för medicinskt färdigbehandlade efter överenskommelse.

3 "De fyra frågorna" - utgångspunkter för samarbete mellan kommun och landsting

Vid diskussioner mellan kommun och landsting om samarbete och ansvarsfördelning bör följande fyra frågor analyseras:

- 1/ Är det kommun eller landsting som enligt lagstiftaren *ansvarar* för insatsen, d.v.s. vem har huvudmannaskapet för insatsen?
- 2/ Finns det i lagen överhuvudtaget utrymme att avtala om annan ansvarsfördelning?
- 3/ Finns det lagliga förutsättningar att avtala om att vissa uppgifter *utförs* av annan myndighet än den som har huvudmannaskapet (t.ex. för kommun att göra någon form av åtagande att bekosta eller mot ersättning utföra vissa hälso- och sjukvårdsinsatser som landstinget ansvarar för)?
- 4/ Om det finns lagliga förutsättningar (*och intresse för*) att avtala om annan fördelning av ansvar eller utförande än den som följer av lag bör följande utredas:
 - hur stort är värdet?
 - hur beskrivs i avtal bl a följande: vem är ytterst ansvarig för uppgiften, vem har ansvar för tillsyn, Lex Maria, journalhantering osv.

Avseende frågorna 1 och 2 kan konstateras att hälso- och sjukvårdsansvaret är uppdelat på sätt som framgår av de lagar som redovisas under rubrik 2 ovan, att landstinget har ansvaret för den dominerande delen av den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården och att det med vissa undantag saknas utrymme för kommun och landsting att avtala om annan ansvarsfördelning än den som anges i lag.

På socialtjänst- liksom i allt väsentligt på skolområdet är kommunen huvudman.

När en författning ger en huvudman exklusiv kompetens, så får denne huvudman i princip inte överlåta ansvaret på någon annan vilket bl a framgår av ett avgörande från Regeringsrätten den 5 mars 1997 (mål 1873/95) som gäller laglighetsprövning av landstingsstyrelsen i Jämtlands läns landsting beslut att till kommunerna i Jämtlands län överföra huvudmannaskap för habiliteringsinsatser avseende fysiskt funktionshindrade barn och ungdomar som bor i sina föräldrahem. Regeringsrätten upphävde beslutet att överföra ansvar för habiliteringsinsatser från landstinget till kommun eftersom det inte finns något stöd i lag för landstinget att frångå sig huvudmannaskapet enligt 3 a § HSL för habiliteringsinsatser.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med andra samhällsorgan, i första hand länets kommuner (8 § HSL). I 3 § 4 st. samma lag anges att landstinget får träffa överenskommelse med bl.a. kommun om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt HSL samverka i syfte att uppnå effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Av motsvarande bestämmelse i socialtjänstlagen 4 § 4 st. framgår att kommunen får träffa överenskommelse med bl.a. landstinget om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

När det gäller möjligheter för kommun och landsting att bedriva verksamheter på entreprenad åt varandra torde möjligheterna med hänsyn till de i kommunallagen fastlagda kompetensreglerna vara begränsade.

Lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med primärvård i kommunal regi har berörts i avsnitt 2.1. I sammanhanget kan nämnas att en försäkringskassa och ett landsting får med en eller flera kommuner inom samma landsting bedriva gemensam försöksverksamhet enligt villkor som specificeras i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lagen gäller t.o.m. 2003-01-01.

Kommuner och landsting har också möjlighet att samverka inom ramen för ett kommunalförbund (kommunallagen 3 kap. 20 och 22 §§). Förenklat kan sägas att kommunalförbund är ett slags specialkommun för den eller de uppgifter som medlemmarna har gett förbundet. Frågan om vad samarbetet skall avse och hur det bör bedrivas är i allt väsentligt överlämnat till kommunerna och landstingen själva. En uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund torde inte behöva vara gemensam för medlemmarna.

4 Särskilt om ansvaret för barn och ungdomar med psykiska problem

Några definitioner

För den fortsatta framställningen kan det vara till hjälp att peka på följande definitioner ur slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén SOU 1998:31 "Det gäller livet"

Stöd - ger barn och föräldrar förutsättningar att fungera så väl som möjligt utifrån de inre och yttre förutsättningar som råder.

Vård - innebär ett omhändertagande inslag, med avsikt att ge bättre möjligheter för växt och hälsa.

Behandling - syftar till förändring, genom tillämpning av metodik som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Habilitering - avser sammansatta åtgärder som syftar till att allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Rehabilitering avser sammansatta åtgärder som syftar till att den enskilde skall återvinna bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.

Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting

Enligt 12 § SoL skall socialnämnden bl.a. i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom, med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling, aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk, i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet, samt i sin omsorg om barn och ungdom tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan ett mål eller ärende om vårdnad, boende, umgänge eller adoption avgjorts.

När det gäller barn och ungdomar som är funktionshindrade kan också ett kommunalt ansvar föreligga enligt LSS för exempelvis boende, korttidstillsyn, korttidsvistelse, ledsagning och kontaktperson. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i särskilda boendeformer har berörts under 2.1-2 ovan.

Landstingets ansvar att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykisk skada eller störning framgår av 1 och 3 §§ HSL. I landstinget ansvar för hälso- och sjukvård ligger ett ansvar för att utreda och behandla ett barns skada/störning i såväl fysiskt som psykiskt hänseende. Medan socialtjänsten är ansvarig för barnets sociala situation och eventuella behov av skydd. Barn- och ungdomshabiliteringen bedriver rådgivning och stöd enligt LSS till avgränsade målgrupper (se avsnitt 2.2) och habilitering enligt HSL. Barn och ungdomspsykiatri har till huvuduppgift att diagnostisera och ”färdigbehandla”.

Kommunerna skall svara för åtgärder som är förbundna med socialtjänstlagen och andra lagar inom det kommunala området. Här ligger även ansvar för utredningar som krävs för att kunna ta ställning till insatser inom skola och socialtjänstområdet om utredningen inte föranleds av medicinska skäl.

Förskola och skola ansvarar för att också barn i behov av särskilt stöd skall kunna beredas plats och få de resurser som krävs i barnomsorgen eller skolan. Förskolan och skolan bör i detta arbete kunna erbjudas och ta emot stöd och konsultation från BUP och habiliteringen.

Särskilt om ansvaret för barn och ungdomspsykiatrisk utredning och behandling.

Behöver barn eller ungdom utredas för att socialtjänsten skall kunna göra bedömning av sina insatser utan att utredningsbehovet är föranlett av medicinska eller psykiska besvär så vilar ansvaret för utredningen på kommunen. Beträffande psykolog kan noteras att det förekommer att också skolan har psykolog.

Socialtjänstens behov av utredning beskrivs i Socialstyrelsens Allmänna råd 1997:15 ”Tillämpning av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga” sid. 38 enligt följande: ”Många gånger behövs kunskaper om barnets känslomässiga relationer till vuxna för att kunna bedöma barnets hälsa och utveckling. Sådan kunskap finns idag huvudsakligen inom barn- och ungdomspsykiatri och bör kunna tillgodoses genom konsultkontakter mellan socialnämnd, barnmedicin, allmän medicin och barn- och ungdomspsykiatri (prop. 1989/90.28 s.70).”

Behöver ett barn som visar tecken på psykisk skada utredas med anledning av psykiska besvär så vilar ansvaret för såväl barnpsykiatrisk utredning som barnpsykiatrisk och psykologbehandling på landstinget. Kommunen kan påkalla behov av utredning men det är landstinget som beslutar om och hur utredningen skall genomföras.

Särskilt om HVB-hem

Beträffande vård vid HVB-hem anges i betänkandet bl a följande:

”Särskilda ungdomshem och HVB-hem skall klara av den dagliga vården och behandlingen, dvs. sådan vård och behandling som vilar på miljöterapeutisk grund, av den målgrupp som man har sagt sig kunna ta emot, vilket många gånger även innefattar ungdomar med psykiska problem. Många gånger är de psykiska problemen dock så framträdande att varken socialtjänst eller behandlingshem ensamma eller tillsammans klarar av att ge ungdomarna adekvat vård. Det är därför nödvändigt att psykiatrin kompletterar vården av den unge genom att ansvara för att den unges psykiska problematik blir tillbörligt utredd och att adekvat psykiatrisk vård och behandling kan ges den unge genom psykiatrins försorg”.

Som tidigare påpekats anser Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet att hem för vård eller boende (HVB) som drivs av kommunen eller privat vårdgivare är inte sådant särskilt boende för vilket kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret. Förbunden anser att detta ansvar såvitt gäller de på HVB-hemmen boende vilar på landstinget.

5 Särskilt om ansvar för insatser/habilitering avseende barn och ungdomar

Landstingets ansvar

Landstingets ansvar för habilitering regleras i 3 a § HSL, se 2.1 ovan. Vanligen omfattar habilitering medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter. Basen för all habiliteringsverksamhet och rehabilitering bör vara det tvärvetenskapliga stödet.

I förarbetena till det aktuella lagrummet anges att funktionshindrade barn, ungdomar och vuxna samt deras anhöriga skall kunna ställa stora krav på att få kvalificerat stöd från en habiliteringsorganisation bestående av t.ex. läkare, kurator, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, specialpedagog samt personal för fritids-, lekotek- och hjälpmedelsfrågor. Därutöver bör en habiliteringsverksamhet kunna omfatta nätverk av sådana specialister som behövs i vissa situationer. Habiliteringsverksamheten bör dessutom ha ett nära samarbete med exempelvis skola och socialtjänsten.

Barn- och ungdomshabiliteringen bedriver habilitering enligt HSL och rådgivning och stöd enligt LSS. Stöd skall också ges till deras familjer. Djupgående kunskap om funktionshindrets innebörd är avgörande för rätt diagnos och behandling. Barn- och ungdomshabiliteringen är en resurs för barn med funktionshinder och deras familjer

Utöver ansvaret för habiliteringsinsatser enligt HSL skall landstinget efter biståndsprövning ge insatsen rådgivning och annat personligt stöd (”råd och stöd”) till barn och anhöriga som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Insatsen ”råd och stöd” innebär rätt till expertstöd från t.ex. kuratorer, psykolog, sjukgymnast, förskolekonsulent, talpedagog, logoped, arbetsterapeut och dietist.

Råd och stöd utgör ett komplement till habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Det skall vara en kvalificerad insats av rådgivande och allmänt stödjande karaktär från flera kompetensområden som syftar till att underlätta det dagliga livet. Insatsen kan ges till både den funktionshindrade och anhöriga såsom föräldrar och syskon.

Beträffande skillnaden mellan ”råd och stöd” enligt LSS och habilitering enligt HSL framhävs i rättspraxis att habilitering till skillnad från ”råd och stöd” utgör behandling i den meningen att syftet med habilitering är att förbättra hälsotillstånd eller höja funktionsförmåga. Medan råd och stöd syftar till att underlätta vardagen. I praktiken kan det ibland vara svårt att klargöra skillnaden mellan råd och stöd och habilitering. Riksdagen har med anledning härav beslutat att tillsätta en utredning.

Kommunens ansvar för barn och ungdom

I skollagen, socialtjänstlagen (SoL) och LSS ges kommunen ett omfattande ansvar för att ge service, stöd och hjälp till barn och ungdom. Innehållet i 12 § SoL har redovisats i avsnitt 4.2 första st. När det gäller barn som är funktionshindrade kan ett särskilt ansvar föreligga enligt LSS för exempelvis boende, korttidstillsyn, korttidsvistelse, ledsagning och kontaktperson.

Av 18 och 18 a §§ hälso- och sjukvårdslagen framgår att kommunen har ansvar hälso- och sjukvård och habilitering upp till sjuksköterskenivå för barn och ungdom som bor i särskilda boendeformer.

För att kommunens skall kunna genomföra sina ansvarsuppgifter är det ofta nödvändigt att kommunen har ett nära samarbete med landstinget. För att detta samarbete skall fungera på bästa sätt är det nödvändigt att respektive huvudmans ansvarsområden är tydliga.

Det är för kommunen ofta nödvändigt att få hjälp av landstinget i form av expertutlåtande.

I prop. 1992/93:159 s.121 beskrivs landstingets roll i denna del enligt följande: ”Jag anser också att medicinsk kompetens bör kunna ställas till kommunerna förfogande, för att bedömningar i samband med begäran om insatser enligt den nya lagen om särskilt stöd och särskild service till vissa funktionshindrade skall kunna göras utifrån såväl sociala, psykologiska och pedagogiska som medicinska faktorer.”

BILAGA 2

Särskilt angelägna utvecklingsområden

Under de diskussioner som förts vid framtagandet av detta policydokument har några särskilt angelägna utvecklingsbehov påtalats. Det gäller verksamheter som behöver vidareutvecklas och särskilda målgrupper som med nuvarande resurser inte får sina behov tillgodosedda. Dessa är följande:

Primärvården

Barns och ungdomars psykiska hälsa bör inte vara ett ansvar enbart för BUP utan även för landstingets primärvård inklusive MVC, förlossningskliniker och BVC när det gäller barn och ungdomar. Ett av skälen till att efterfrågan på barn- och ungdomspsykiatrisk specialistkompetens är stor är att landstingets basnivå inte har något uttalat uppdrag att upptäcka, utreda och åtgärda psykiska problem och därmed inte utvecklat särskild kompetens på det barn- och ungdomspsykiatriska området. Utvecklingskriser, utvecklingsavvikelser, föräldrarådgivning mm bör kunna tas om hand på landstingets basnivå i samarbete med förskola, skola, socialtjänst och basteam. Väl utvecklad skulle primärvården kunna svara för en del av det som idag utgör den öppna mottagningen för barn och familjer inom BUP.

Ungdomsmottagningar

Flera ungdomsmottagningar (UM) har utvecklats till mötesplatser för stora grupper av ungdomar som inte bara behöver hjälp i sex- och samlevnadsfrågor utan även unga människor med svåra psykiska problem. UM uppfattas av många ungdomar som lättillgänglig och skapad för just dem. Ungdomarna har stort förtroende för UM och ser UM som en möjlighet till kontakt med vuxna professionella som kan bistå dem med rådgivning och ibland remiss till specialister inom BUP eller socialtjänst.

UM drivs i regel gemensamt av landstinget och kommunerna. UM bör garanteras fortlevnad från båda huvudmännen och med ett klart uttalat uppdrag att utöver ansvar för sex- och samlevnadsfrågor vara en av basnivåns resurser för ungdomar 13-18 år med psykisk ohälsa. UM bör ha kompetens att upptäcka problem, att avhjälpa dem genom stöd och rådgivning och att bedöma om den unge behöver remitteras vidare till specialistnivån.

UM bör vara organisatoriskt kopplad till primärvården och kommunernas socialtjänst. Respektive huvudmans ansvar ska vara preciserat.

Ungdomar i Stockholms län bör garanteras en resurs som UM för sex- och samlevnadsfrågor och preventivmedelsrådgivning men även för rådgivning i personliga psykiska problem. UM bör utveckla särskild kompetens att ta emot inåtvända flickor, som ofta har en sammansatt problematik med somatiska besvär, relations- och kommunikationssvårigheter. Detsamma gäller självdestruktiva ungdomar.

Omprioriteringar inom BUP

BUP kan idag inte motsvara de förväntningar och krav som lagstiftning och samarbetsparter ställer. En orsak är ökad patienttillströmning under senare år. Resursförstärkningar av basnivån inom kommuner och landsting, resurstillskott till BUP, omprioriteringar av BUPs uppdrag är olika vägar att nå målet att forma BUP till en reell specialistfunktion som tar sig an de barn och ungdomar som har störst behov av den barn- och ungdomspsykiatriska specialistkompetensen.

Metodutveckling är ytterligare en väg. Utredningar inom BUP bör kunna utvecklas till en mer flexibel verksamhet. Metoder att motivera familjer och barn som inte gärna vill uppsöka BUP och metoder att möta barn ungdomar med utagerande beteende är exempel på efterfrågade utvecklingsområden. Vidare bör BUP tillsammans med kommunernas socialtjänst utveckla ett mer differentierat utredningsarbete. Utredningar bör i större omfattning än nu ske i direkt samarbete med socialtjänsten och inriktas på de särskilda problemområden som socialtjänsten behöver ha belysta från BUP. BUP-utredningar som görs efter initiativ från socialtjänsten måste ibland kunna genomföras i barnets hem, i förskolan etc med tanke på de praktiska svårigheter som kan finnas. I länet prövas sk lägenhetsutredningar. Erfarenheterna av sådana i samverkan mellan socialtjänst och BUP m fl bör följas upp.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg

Barn ska inte remitteras till BUP på grund av bristande allmän barnkompetens inom socialtjänsten. Detta ställer krav på utbildning och metodutveckling inom IFO. Socialtjänsten måste bedriva metodutveckling så att berörd personal kan ta tillvara ny kunskap inom området.

Förskola/skola/skolbarnsomsorg

Huvudprincipen bör vara att barn och unga i första hand ska kunna få sina behov tvärprofessionellt bedömda och tillgodosedda i sina vardagsmiljöer. Det ställer stora krav på verksamheten och på personalens kompetens inom förskola och skola. Specialpedagoger, psykologer samt skolläkare/skolsköterskor måste finnas för att tvärprofessionella bedömningar ska kunna ske. Specialresurserna inom förskola/skola/skolbarnsomsorg samarbetar också regelbundet med landstingets basnivå som kan bistå med sin kompetens. Barn ska inte remitteras till BUP/BUMM på grund av bristande resurser på basnivån. En remiss bör alltid föregås av en helhetsbedömning av barnets situation och behov på basnivån.

Barn 0-3 år

Inom länet behövs en samordning av den kompetens och de verksamheter som riktas till barn med anknytningssvårigheter. Brister i anknytningen är enligt forskning en av de allvarligaste riskfaktorerna för barns hälsa och utveckling och bör därför ägnas stor uppmärksamhet. Ansvarig personal vid MVC/BVC, förlossningskliniker, förskola och socialtjänst bör erbjudas gemensam vidareutbildning.

Barn som anhöriga

Inom länet förekommer verksamhet som riktar sig direkt till barn. Sådan verksamhet bör utvecklas vidare. Aktuella målgrupper är barn till psykiskt sjuka föräldrar, barn till missbrukande föräldrar, barn som lever i familjevåld, barn som lever i traumatiserande separationskonflikter.

Barnmisshandel och sexuella övergrepp mot barn

Den statliga Barnmisshandelskommittén lägger före sommaren 2001 fram sitt huvudbetänkande. Det är angeläget att professionella aktörer i länet får del av aktuell kunskap och att huvudmännen gemensamt utvecklar verksamheten i överensstämmelse med den. När det gäller sexuella övergrepp finns ett omfattande material sammanställt av socialstyrelsen. Vid uppföljning av policydokumentet bör särskilt analyseras hur samrådsförfarandet mellan socialtjänst, BUP inklusive landstingets specialenheter för barn som utsatts för sexuella övergrepp (Vasa BUP och SÖ-teamet), polis och åklagare fungerar i länet.

Övrigt

Utöver de områden som redovisas ovan har följande lyfts fram i olika arbetsgrupper.

Utagerande beteende hos barn 6-8 år är ett uppmärksammat problem. Det är fråga om barn som inte kan tas om hand i förskola eller skola, ens med särskilda stödresurser. En kartläggning av problemets omfattning behövs liksom metodutveckling.

Verksamheter riktade till äldre ungdom 16-24 år har startat. Den bör följas upp och erfarenheter tas tillvara när det gäller ungdomar i den ålder då det formella ansvaret övergår från BUP till vuxenpsykiatri.

”Hemmasittare”, det vill säga barn och ungdomar som inte kan förmås att delta i vanlig skolundervisning eller i övrigt delta i något socialt liv tillsammans med andra människor. Även när det gäller denna grupp behövs kunskap om förekomst samt metodutveckling.

Lokalmässig samordning av de samhällsorgan som verkar för samma målgrupp upplevs av allmänheten som en stor fördel. Förutsättningarna för gemensam lokalisering bör analyseras närmare.

Under år 1999 redovisades flera omfattande utredningar som rör samarbetet mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län. När det gäller barn och ungdomar var det dels "Utredning om samordning av habilitering för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården" dels "Uppdrag och organisation för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten". Den senare ledde till att den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (BUP) fick ett nytt uppdrag och en ny sammanhållen organisation.

För båda dessa utredningar gäller att de förutsätter ett utvecklat och mer samordnat samarbete mellan kommunerna i länet och landstinget. Båda utredningarna trycker på behovet av ökad samverkan med barnen och ungdomarna i fokus för att undanröja de "glapp" i fråga om insatser som såväl utredningarna som andra studier tydligt visat på.

KSLs Vård- och omsorgsberedning och landstingets Hälso- och psykiatriutskott bildade våren 2000 en gemensam politisk styrgrupp för att utarbeta ett policyprogram med riktlinjer beträffande samarbete och ansvarsgränser mellan huvudmännen för barn och ungdomar med psykiska/-psykiatriska problem och fysiska funktionshinder. Gruppen fick namnet BUS-utredningen (Barn och Ungdomar med Särskilda behov).

I februari 2001 skickades utredningsförslaget på remiss till samtliga kommuner i länet, landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd respektive dess produktionsstyrelse, berörda handikapporganisationer och Statens institutionsstyrelse. Efter remissbearbetning fastställdes ett slutförslag som hösten 2001 sändes till kommunerna och landstinget för ställningstagande och beslut.

KSL och landstinget har tillsatt ett särskilt sekretariat för fortlöpande uppföljning och utvärdering av policyn med riktlinjer. Ett reviderat förslag ska finnas framme hösten 2003.

BUS-sekretariatet

Eva Huslid, Stockholms läns landsting, 08-737 48 11, eva.huslid@hsn.sll.se
Ulrika Wallin, Kommunförbundet Stockholms län, 08-615 94 33, ulrika.wallin@ksl.se

Beställning

Denna skrift och huvuddokumentet kan hämtas från BUS webbsida eller från Stockholms läns landstings hemsida www.sll.se/w_org/11915.cs eller beställas från Kontorsservice Sabbatsberg, tel 737 49 57, fax 737 49 59, epost: kontorsservice@hsn.sll.se

BUS-webbsida

www.ksl.se/Bus/bus.html

Här finns bland annat information om det politiska forumet, BUS-SAM och utvärderingsrutiner.