Kommun och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet

Utkast under bearbetning för synpunkter

Basnivå i samverkan och arbetsgång för Vård- och stödsamordning

-ett gemensamt och återhämtningsinriktat arbetssätt
i Göteborgsområdet i mötet med personer med psykiska funktionsnedsättningar och/eller missbruk.

UTKAST

Basnivå i samverkan

Kommun och sjukvård i Göteborgsområdet har kommit överens om en basnivå i samverkan. Basnivån beskriver vad alla verksamheter, från båda huvudmännen, åtar sig att alltid göra i mötet med personer med psykiska funktionsnedsättningar och/eller missbruk.

Alla ska

- Ta reda på om personen har behov av insats från den andra huvudmannen

Om behov av insats från den andra huvudmannen finns ska

- Samtycke efterfrågas
- SIP, samordnad individuell plan, erbjudas
- Ansvar tas för att ett förmöte sker där SIP planeras med personen själv
- Inbjudan skickas till den andra huvudmannen i så god tid som möjligt där syftet med SIP mötet framgår
- SIP möte genomföras, och SIP mötet alltid följas upp
- En kris- och handlingsplan tas fram, där det framgår vem som gör vad för att vid tecken på återinsjuknande eller försämring i livssituationen. Planen ska syfta till att bromsa sjukdomsförlopp, samt se till att personen erbjuds det stöd och den behandling som behövs i så tidigt skede som möjligt
- Vård- och stödinsatser erbjudas mellan SIP mötena utifrån personens behov och den egna verksamhetens uppdrag

UTKAST

Syfte

Samsyn tillsammans med brukaren, se helheten, förstå vilket stöd och behov personen har.
Mer träffsäkra i att hitta rätt insatser. Får också stöd med allt den har behov av.
Ska bli tydligt vad personen gör, kommunen gör och vad sjukvården gör och vad annan part gör för att nå personens eget mål med stöd och behandling.

Arbetsgång i Vård- och stödsamordning.

Utöver den överenskomna basnivån i samverkan kan arbetet bedrivas i enlighet med nedan arbetsgång för Vård- och stödsamordning. Dokumentet är framtaget för att ge stöd i praktiken till ett gemensamt återhämtningsinriktat arbetssätt.

Vård och stödsamordning i korthet

Vård- och stödsamordning är en strukturerad samverkansmodell för samordning av insatser mellan kommun och sjukvård för personer med psykisk funktionsnedsättning och eller missbruk. Genom arbete enligt modellen fullgör kommun och sjukvård i Göteborgsområdet sina skyldigheter i lagstiftning och avtal att samordna insatser.

En Vård- och stödsamordnare utses från regionen och en från kommunen som har gemensamt ansvar att koordinera vård- och stöd. Den enskildes önskemål och förutsättningar anger riktningen i arbetet. Den enskilde är delaktig i vård och rehabilitering. En resursgrupp formas där var och en bidrar till att personen når sina mål.
I resursgruppen deltar, utöver personen själv och Vård- och stödsamordnarna, närstående och andra parter som är viktiga för att personen ska få förutsättningar att nå sitt mål. Vård- och stödsamordnarens roll är att samordna och förmedla kontakter inom vård- och stödsystemen, planera insatser samt ge direkta vård- och stödinsatser. Fokus för arbetet är att skapa möjligheter och minska hinder eller konsekvenser av funktionshinder, gemensamt med personen själv och dess nätverk. Personen lär nya strategier att hantera situationer som upplevts svåra i vardagen.

UTKAST

Bakgrund

Socialstyrelsen har publicerat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:20) om samordning av insatser för rehabilitering. Det centrala i föreskriften är kravet på att kommuner och regionen gemensamt ska utforma rutiner för samordning av insatser för den enskilde. Det är båda huvudmännens ansvar att uppmärksamma den enskildes samlade behov oavsett vilken huvudman som inledningsvis har kontakt med den enskilde.
I de ”nationella riktlinjerna för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd” och i de ”nationella riktlinjerna för vård och stöd till personer med missbruk och beroende” rekommenderar socialstyrelsen uppsökande och samverkande arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning, med eller utan missbruk.
Överenskommelse om samarbete mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland finns avtalat i ”överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar 2017-2020”, underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet. Genom arbete enligt samverkansmodellen Vård- och Stödsamordning fullgör verksamheterna i

Göteborgsområdet de skyldigheter som finns i lagstiftning och avtal att samordna vård- och stödinsatser.

Målgrupp

Målgruppen för arbete enligt Vård- och stödsamordning är personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk som har behov av insatser från både kommunen och Västra Götalands regionens hälso- och sjukvård.

Ansvar för att initiera arbetet enligt Vård- och stödsamordning

Den personal som uppmärksammar den enskildes behov av samordning ska förankra behovet i den egna organisationen och därefter informera den enskilde om möjlighet till samordning, erbjuda detta och på den enskildes uppdrag ta initiativ till att arbetet påbörjas (SOSFS 2008:20)

Syfte

Personer inom målgruppen skall ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet. Genom samordnade insatser skall förutsättningar skapas för den enskilde att

- Återta kontroll och makt över sitt eget liv.
- Kunna hantera sina symtom.
- Fungera i sociala relationer.
- Hitta och inta roller i livet, som personen själv upplever meningsfulla.

Definition av begrepp i Vård- och stödsamordning

SIP (Samordnad individuell plan) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering. SIP används som verktyg för att samordna insatser vid resursgruppsmötet. Rutiner för SIP följs. Den samordnade individuella planen beskriver vem som gör vad för att stödja personen att nå sin egen målsättning.

UTKAST

Personlig plan för utveckling är den vård- och omsorgsplan som används inom SU, Psykiatri Psykos och är ett stöd för planering i resursgruppsmöten. När kommunen deltar genom Vård- och stödsamordning motsvarar planen kraven för SIP.

Vårdplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser inom hälso- och sjukvård för en enskild patient.

Genomförandeplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats inom kommunen praktiskt ska genomföras för den enskilde.

Resursgrupp. I resursgruppen ingår alltid brukaren och brukarens vård- och stödsamordnare. Resursgruppens uppgift är att stärka befintligt nätverk, inte att ersätta det. Resursgruppen är brukarens och vård- och stödsamordnarnas verktyg för att samordna insatserna. Den enskilde ska tillsammans med vård- och stödsamordnarna bjuda in personer till resursgruppen.

Vård- och stödsamordnare har samma roll som **Case manager** och är den som ansvarar för, planerar, organiserar och utvärderar vård och stödinsatser för den enskilde.

ACT, Accertive Community Treatment. I ACT modellen är arbetet organiserat från ett multidisciplinärt team. Teamet har ett aktivt uppsökande arbetssätt, tillhandahåller mycket hög tillgänglighet och ger intensiva insatser. Vård- och stödsamordning bygger på teorier från ACT.

RACT (Resursgrupps ACT). RACT är det metodprogram för personer med allvarliga psykiska sjukdomar och svåra psykiska besvär. Arbetet inom Psykiatri Psykos Sahlgrenska bedrivs enligt metodprogrammet. Metodprogrammet finns beskrivet i RACT e-arbetsbok.
Det som skiljer vård- och stödsamordning från RACT är att det finns två personer som samordnar vård och insatser, en från vardera huvudmannen, och att val av strategier och metoder i arbetet med den enskilde personen utökas/förändras för att effektivt även kunna stödja personer med andra sjukdomar än psykos. Se avsnitt nedan om vård- och stödsamordnarens roll och val av metoder och strategier.

Integrerad psykiatri. Behandlingsprogram för personer med psykisk sjukdom. Integrerad Psykiatri var den gamla benämningen på RACT. Idag används det gemensamma namnet RACT.

UTKAST

VSS. Fortsatt i texten skrivs förkortningen VSS för vård och stödsamordning utifrån begynnelsebokstäverna i **V**ård, **S**töd och **S**amordning.

Personcentrerad vård. I ett personcentrerat samtal identifieras patientens resurser och behov genom att lyhört och aktivt lyssna på patientens berättelse. En persons resurser innebär mänskliga och mellanmänskliga tillgångar. Däremot innebär resurser inte nödvändigtvis fysisk eller intellektuell förmåga.[1]

Delaktighet och delat beslutsfattande. Den mest centrala delen i personcentrerad vård, och vård och stödsamordning, är att ett partnerskap upprättas. Det handlar om en ömsesidig respekt för varandras kunskap; personens egen kunskap om hur det är att leva med sjukdomen och personalens kunskap om sjukdomen på en generell nivå. Partnerskap är alltså inte samma sak som att vara delaktig utan innebär att patienten ses som en jämlik partner i vården. Personen ges möjlighet att, efter förmåga och vilja, vara fullt insatt i och medverka vid planering av vård och stödinsatser[2]. I resursgruppen fastställs persons egna mål och arbetsuppgifter fördelas. Den enskilde bestämmer själv sina personliga mål. Resursgruppen tar gemensamma beslut om hur man skall gå tillväga för att nå dem.

UTKAST

Arbetsprocess i vård- och stödsamordning

I vård- och stödsamordning arbetar de professionella efter personens egen målsättning. Viktiga personer i personens sociala nätverk deltar aktivt. Det gemensamma arbetet skall förbättra personens och de närståendes förmåga att klara av stress och lösa sjukdomsrelaterade och andra problem.

Vård och stödsamordnarens roll

Vård och stödsamordnarens roll är att

- Ha ett personcentrerat arbetssätt som grund.
- Stödja personen att få egen kunskap om sig själv

[1] Definition från ”Vad är personcentrerad vård”, GPCC, Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs Universitet.
[2] Definition av personcentrerad vård och partnerskap från ”Vad är personcentrerad vård”, GPCC, Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs Universitet.

- Samordna och leda insatser. Här ingår att ha kunskap om vad personen önskar och behöver för stöd inom samtliga livsområden samt att upptäcka om något saknas eller är överflödigt i stödet eller behandlingen.
- Kartlägga vilka personer som är viktiga för den enskilde.
- Säkerställa att den enskilde får insatser av andra parter som hen har rätt till och behov av.
- Utifrån de kortsiktiga målen klargöra vilka kontakter man behöver ta med myndigheter och andra och ge det stöd som krävs för att kontakterna skall tas.
- Arbeta med delmålen**.** Mellan resursgruppsmötena bygger man tillsammans, med hjälp av olika strategier och evidensbaserade metoder, upp en stödjande omgivning som minskar funktionshinder och stress. Strategier och metoder väljs utifrån profession, verksamhetens uppdrag och utifrån vilken som kan förmodas ge bäst effekt i förhållande till brukarens egen målsättning.

UTKAST

Plattform för samverkan



Personcentrerat arbetssätt som grund

Ett personcentrerat arbetssätt avser att insatser för personer med psykisk ohälsa tar sin utgångspunkt i personens egen upplevelse, berättelse, behov av stöd och den egna förmågan.

Ett personcentrerat arbetssätt kännetecknas av

- Hälsofrämjande perspektiv där människors styrkor lyfts fram och tas tillvara. De professionella hjälper personen med tilltro till den egna förmågan och inger hopp inför framtiden.
- Den enskilde är en aktiv och jämlik part i vården. Ett partnerskap upprättas mellan de professionella och den enskilde, där det finns en ömsesidig respekt för varandras kunskap.
- Anpassning av arbetssätt utifrån den enskildes behov och förmåga. Den enskilde ses som en kompetent individ som är expert på sig själv. Allt arbete utgår från personens upplevelser, resurser och behov. Den enskilde är en kapabel person med resurser och förmågor.
- Beslut som rör den enskilde fattas genom delaktighet.
- Personens eget sociala nätverk och anhöriga ses som viktiga resurser.
- Gränsöverskridande samverkan där verksamheterna sätter den enskildes bästa först.

UTKAST

Vård och stödsamordning som stöd och struktur

Vård- och stödsamordning är en ram eller en behållare för en mängd olika metoder som utgör innehållet i modellen. Vård- och stödsamordning är en strukturerad samverkansmodell men också ett sätt för den professionelle att strukturera sitt eget arbete. Modellen ger ett konkret stöd för att bestämma vilka, utifrån sitt uppdrag, beprövade strategier/metoder man skall välja att arbeta utifrån.



Vilka arbetsblad ska användas?

Vilka arbetsblad som används beror på syftet, vad personen behöver i det unika mötet och vad man gemensamt önskar uppnå med arbetet. På den egna arbetsplatsen används manualer, arbetsblad och material som verktyg för utredning, behandling och rehabilitering. Det är detta material som man använder på ett strukturerat sätt även i rollen som vård- och stödsamordnare. I vård- och stödsamordning kan även arbetsblad för kartläggning och strategier utgå från RACT. Arbetsbladen kan utgöra en del av innehållet och kan användas i syfte att stödja personen i att finna sin egen önskan om förändring och mål.
Under kartläggningsfasen kan dessa arbetsblad ge stöd att välja riktning för det fortsatta arbetet och under resursgruppsarbetet kan de även vara en del av strategierna för att den enskilde skall nå sina delmål.

Kartläggningsfas

Kartläggningsfasen består av tre delar.

1. **Kartläggning.** Här används arbetsblad eller annan befintlig information från sjukvård och kommun. Ex utredning, arbetsblad från RACT, samtal kring personens vardag i personens hem, funktionsnivåkartläggningar etc. Oavsett hur kartläggningen görs är det viktigt att den når målsättningen att ge både personen själv och personal kunskap om behov av stöd inom samtliga livsområden.
2. **Sammanställning.** I sammanställning av kartläggningen kan arbetsblad från RACT användas med samma namn.
3. **Målformulering.** Personens egna mål ska vara vägledande i resursgruppens

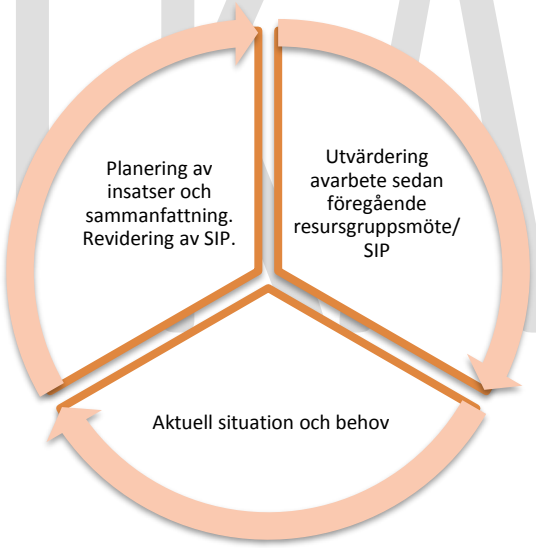
UTKAST

arbete. För att tydliggöra detta för alla formuleras målen i den samordnade individuella planen, SIP. Stöd i arbetet med att formulera mål återfinns i RACT e-arbetsboken s 71.

Resursgruppsmöte med SIP, Samordnad Individuell Plan, som verktyg

På resursgruppsmötet bestäms vilka metoder och strategier man skall arbeta vidare med utifrån personens egna mål, och vem som gör vad. SIP, den samordnade individuella planen, är det verktyg för samordning som används under resursgruppsmötet.

Sedan 1 januari 2010 finns det i Socialtjänstlagen, SOL, och Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en SIP när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. SIP är ett samverkansverktyg som ska säkerställa att den enskilde får sina behov av samordnade insatser tillgodosedda. Upprättande och uppföljning av SIP skall ske enligt de riktlinjer som antagits av Västra Götalandsregionen och Västkom.



Tiden för mötets olika delar kan fördelas enligt ovan cirkel.

Den samordnade individuella planen skall innehålla

- ✓ Insatser den enskilde behöver
- ✓ Huvudmännens ansvar
- ✓ Vilka som åtgärder som vidtas av någon annan än kommun och landsting
- ✓ Vem som har det övergripande ansvaret

UTKAST

Rutiner för SIP antagna i Västra Götaland, av samtliga kommuner och Västra Götalands Regionen återfinns på www.vardsamverkan.se. Vägledning i arbetet kan också fås genom tillämpningsanvisningar för Göteborgsområdet med fokus på SIP och LVM samt på www.uppdragpsykiskhalsa.se.

Metoder och strategier för att minska stress och funktionshinder

Metoder och strategier väljs utifrån den enskildes mål, önskan och behov av insatser. Vård- och stödsamordnaren är även styrd av yrkesrollen och uppdraget för den verksamhet där man är anställd. För vård- och stödsamordnaren kan det innebära att arbeta med arbetsblad, MI eller ESL, men även att ge konkret stöd i vardagen. Oavsett huvudman skall de metoder som används följa socialstyrelsens riktlinjer[3] och ha som övergripande målsättning att minska stress och funktionshinder.

Metoder och strategier ska vara individanpassade och fokusera på återhämtning genom att stärka den enskildes självständighet och delaktighet i samhället. Vård- och stödsamordnarna ger direkta insatser och säkerställer att den enskilde får insatser av andra parter som personen har rätt till och behov av. Insatserna riktar sig till flera områden i personens liv. Exempel fysisk hälsa, boendesituation, utbildning, arbete, intressen, sociala färdigheter, ekonomi, sociala relationer, missbruk och problemlösningsförmåga. Det är viktigt att vård- och stödsamordnarna inte bara kartlägger individens möjligheter och resurser på papperet utan också stärker dem i det praktiska arbetet. Att arbetet utgår från personens egna resurser ska märkas i vårdplan, genomförandeplan och SIP där även personens egna mål och prioriteringar tydligt ska framgå.

UTKAST

[3] Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofrenilinkande tillstånd samt socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Anpassning utifrån funktionsnedsättning.

På de här webbplatserna hittar du som arbetar inom psykiatri affektiva, psykiatri psykos, rättspsykiatri och psykiatri beroende samt socialtjänst samlad kunskap om effektiva vård- och stödinsatser vid psykisk ohälsa.

- www.vardochinsats.se
- www.kunskapsguiden.se

Personer med psykiska funktionsnedsättningar behöver både kommunikativt och kognitivt stöd. Även personer med en god verbal förmåga kan ha bekymmer med att ta emot muntlig information. Det kan också vara svårt att omsätta tankar och känslor i ord, framför allt i ett sammanhang som är stressande då det är främmande eller upplevs som viktigt. Ta hänsyn till personens svårigheter i mötet och anpassa informationen, arbetsblad och arbetsmaterial.

Exempel på arbetsblad från RACT

Läs ovan stycke kring vilka arbetsblad, sid 8, som kan användas.

Nedan följer exempel på arbetsblad från RACT som *kan* användas i arbetet med vård- och stödsamordning när man behöver komplettera verksamhetens eget material för utredning, stöd och behandling. Samtliga arbetsblad, undantaget SIP och samtycke, är från RACT e-

arbetsboken. Arbetsblad med manualer nämnda nedan återfinns även i redigerbart format på www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet

Samtycke

Samtycke till samarbete och informationsutbyte. (Samtycke kan även inhämtas muntligt och antecknas då i journal.)

Kartläggning

Nätverkskarta

En vanlig dag

QLS-100

Sammanställning av kartläggning

Sammanställning av kartläggningsfas

SIP

Checklista för SIP-möte

Samordnad Individuell Plan (SIP)

Inbjudan till resurspersoner/kallelse till SIP

Strategier

Tidiga tecken med handlingsplan

Stresshantering

Problemlösning med 6-stegsmetoden

Kommunikationsträning

Social färdighetsträning

Utvärdering

Resursgruppsmötet är även en utvärdering av arbetet. För utvärdering av delaktighet på resursgruppsmötet kan www.sipkollen.se användas.

UTKAST