

Samverkan vid samsjuklighet – ett integrerat arbetssätt



Sammanställd av Roger Larsson
Behandlingssamordnare, Socialtjänst Gävle
på uppdrag av utsedd arbetsgrupp

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	4
2	Definition: samsjuklighet.....	5
3	Definition: brukare.....	5
4	En uppskattning av samsjuklighet i Gävle kommun	5
5	Brukarnas behov	6
5.1	Vårdprocessens svagheter	6
5.2	Brukarnas behov	6
6	En god insatskedja	7
7	Gemensam brukare, gemensam målbild.....	7
7.1	Biståndets begränsning	8
8	Indikatorer för vårdnivå.....	8
8.1	Indikatorer för stödbehov	8
8.2	Vårdnivå 1.....	8
8.3	Vårdnivå 2.....	8
8.4	Vårdnivå 3.....	9
9	Insatskedja	9
9.1	Upptäckt.....	10
9.2	Värdering	10
9.3	Kompletterande kompetens.....	10
9.4	Bedömning av svårighetsgrad.....	11
9.5	Kontinuitet	11
9.6	Samordnade och samtidiga insatser	11
9.7	Samverkan, nivå 3:a-c.....	11
9.8	Uppföljning	13
9.9	Avvikelse	13
9.10	Från screening till stöd och insats	13
10	SAM-team, ett förslag till ett integrerat arbetssätt	14
10.1	Organisation och sammansättning	14
10.2	Målgrupp.....	14
10.3	Uppdrag.....	14
10.4	Gemensamma förutsättningar	15
10.5	Att aktualisera en brukare till SAM-team	15
10.6	Att använda Samordnad individuell plan (SIP)	15
10.7	Stödbehov utan samtycke.....	16
10.8	Evidensbaserad praktik	16
11	Möjliga utvecklingsområden.....	17
12	Initial åtgärdsplan.....	17
13	Arbetsgrupp.....	18
	Checklista: Kartläggning av samordningsbehov vid samsjuklighet	19
	Bilaga 1. Checklista: Kartläggning av samordningsbehov vid samsjuklighet	
	Bilaga 2. SBAR: Struktur för aktualisering till SAM-team	

1 Bakgrund

Inom Gävle kommun har det sedan 1995 pågått en aktiv samverkan mellan huvudmännen gällande brukare med samsjuklighet. Till en början skedde detta i projektform; Missbruksprojektet¹ 1995, Case-Workprojektet² 1995-98 och Douglasprojektet 2000-03. Under 2003 permanentades Douglasprojektet och blev Team Douglas, ett integrerat arbetsteam i samverkan mellan Vuxenpsykiatriska kliniken, Socialtjänst Gävle och Omvårdnad Gävle.

Under 2013-2014 genomfördes en omfattande revidering av Team Douglas uppdrag och en översyn av målgruppen. Remissförfarandet förändrades och förenklades och medarbetarna genomgick en utbildning i Case management (CM). I samband med förändringen kunde många av de deltagare som varit länge i teamet skrivas ut och efter ett längre intagningsstopp skulle det vara möjligt att åter ta emot nya deltagare. Efter en lång uppstartsperiod konstaterades att inflödet av remisser gällande nya deltagare var mindre än vad som uppskattades under revideringen. Med anledning detta beslutade huvudmännen under 2015 att pausa Team Douglas verksamhet.

Inom Vuxenpsykiatriska kliniken och Socialtjänst Gävle upplevdes hösten 2015 ett ökat inflöde av brukare med psykisk ohälsa och ett samtidigt missbruk/beroende i respektive ordinarie verksamheter. Det upplevdes även svårt för huvudmännen att samordna nödvändiga insatser för målgruppen, sedan Team Douglas pausats. Förvaltningschefen för Socialtjänst Gävle och Verksamhetschefen för Vuxenpsykiatri Gävleborg gav under februari 2016 aktuell arbetsgrupp i uppdrag att:

1. Inventera dels behov, befintliga metoder och kompetenser samt rutiner kring målgruppen både, samt målgruppen i sig (volym, svårighetsgrad, problembild etc).
2. Definiera vad som kännetecknar en god insatskedja för personer inom målgruppen.
3. Utifrån ovanstående identifiera brister och utvecklingsområden
4. Formulera en åtgärdsplan och flödesschema

Målet för arbetet ska vara att med nationella riktlinjer som grund utveckla ett nivåstrukturerat omhändertagande av patienter med misstänkt eller konstaterad missbruk/beroende i kombination med psykisk ohälsa. Omhändertagandet ska beskrivas skriftligt och inbegripa både den specialiserade psykiatrin, socialtjänst, omvårdnad och primärvården. Det ingick även att beakta behov av insatser och/eller tillgänglighet utanför kontorstid. Arbetets utgångspunkt var att eventuella förändringar ska ske inom befintlig ram.

December 2016 rapporterade en utsedd arbetsgrupp arbetets framskridande samt en arbetskopia av en arbetsrapport för styrgruppen. Denna arbetsrapport har i dess nuvarande form färdigställts och är tänkt att ligga som grund till det fortsatta arbetet mellan huvudmännen, att utveckla arbetet med samverkan vid samsjuklighet.

¹ "Missbruksprojektet" var ett samverkansprojekt mellan den psykiatriska kliniken i Gävle och Socialtjänst Gävle. Två anställda, en från vardera verksamhet, agerade stöd till fem brukare vid utsluss från avdelning till egen lägenhet. Målgruppen var personer med det som då kallades "dubbeldiagnos", dvs. individer med en allvarlig psykisk störning och ett samtida missbruk/beroendetillstånd.

² "Case-Work" var ett samverkansprojekt mellan den psykiatriska kliniken i Gävle och Socialtjänst Gävle, finansierat av Socialstyrelsen. Sex projektanställda av socialtjänst Gävle med erfarenhet från arbete inom psykiatri och socialtjänst arbetade enligt en Case Managementmodell med cirka 20 st brukare. Även denna gång var målgruppen individer med en allvarlig psykisk störning och ett samtida missbruk/beroendetillstånd.

2 Definition: samsjuklighet

I arbetsrapporten definieras tillståndet ”samsjuklighet” som alkohol- och/eller substansbrukssyndrom (DSM 5) eller beroendeproblematik (ICD 10) med samtida psykisk ohälsa och/eller kognitiv funktionsnedsättning.

3 Definition: brukare

Inom de olika huvudmännen finns det olika sätt att benämna de som kommer i kontakt med dess vård och stöd, som t.ex. patient, kund, klient, boende m.fl. I denna arbetsrapport kommer samlingsnamnet istället vara brukare.

4 En uppskattning av samsjuklighet i Gävle kommun

I samband med detta arbete inventerade alla deltagare beräknat antal brukare med samsjuklighet (oavsett svårighetsgrad) som var aktuella inom respektive enhet just nu.

Omvårdnad Gävle Socialpsykiatri	Totalt	Med samsjuklighet	Procent
Gruppboendestäder	67	10	14 %
Boendestöd	240	38 (varav 18 är aktiva)	16 %
LSS-boendestöd	195	16 + ev 6 ”misstänkta”	10 %

Socialtjänst Gävle	Cirka antal	Med samsjuklighet	Procent
Utredningsenhet Vuxen	400	200	50 %
Öppenvårdsenhet Vuxen	210	96	46 %
Stödboendeenheten	26	13	50 %

Hälso- och sjukvård

Vuxenpsykiatri, psykosavdelning	320	100 st, varav ca 20 % är nivå 3.	33 %
Vuxenpsykiatri, öppensykiatrisk mott.	2500	800 st.	33 %
Beroendecentrum Gävle	134	90 st, varav ca 50 % är nivå 3.	66 %

Totalt antal kända brukare	3350	1200	35 %
----------------------------	------	------	------

Viktigt att notera att detta är en grov uppskattning av aktuella brukare med samsjuklighetsproblematik på alla ovanstående enheter samt att en brukare kan vara aktuell på flera enheter samtidigt, både inom kommunen men även inom hälso- och sjukvården. Men att antal aktuella och kända brukare med olika problemnivåer och kombinationer av samsjuklighet kan vara uppemot 1200 st individer, varav den svåraste gruppen som kallas ”Nivå 3” i detta dokument kan uppskattas till cirka 200 st individer. Sannolikt finns det ett antal individer med samsjuklighet som inte är kända idag, eller som av olika anledningar avhåller sig från kontakt med myndigheterna, som endast blir aktuella i korta akuta perioder.

Troligt är flertalet brukare med svårast nivå av samsjuklighet aktuella inom psykosvården, omvårdnad samt utredningsgrupp Vuxen. Men arbetsgruppen konstaterar att de även finns inom övriga enheter.

5 Brukarnas behov

I en studie som heter ”Varför kommer mångbesökarna tillbaka”³ beskrivs en vårdprocess med svåra svagheter, samt vilka behov brukarna generellt har.

5.1 Vårdprocessens svagheter

- Vård och stöd utgår från befintliga insatser snarare än individens behov och problem.
- Oattraktiva vårdmiljöer.
- Vård och stöd utformas inte utifrån kunskapen att rehabiliteringsprocessen kan vara livslång.
- Trots att avbrott i vården är vanliga, saknas beredskap att hantera dem.
- Organisatoriska mellanrum eller övergångar som inte fungerar när samordningen av aktiviteter uteblir eller misslyckas.
- Individen förväntas själv ta ansvar för sin fortsatta behandling efter självmald eller planerad utskrivning, vilket inte är rimligt vid samsjuklighet.
- Vid avbrott blir det färre kontakter med vårdgivare, trots att avbrottet kan innebära ett ökat behov av kontakter eller insatser.
- Glappet som uppstår när individens integritet och självbestämmande hamnar i motsatsförhållande till en persons oförmåga till att ta beslut som rör den egna hälsan.
- Vård och stöd som upphör efter den akuta fasen.
- Tvångsvård undviks, men det finns otillräckliga alternativ till tvång.
- När hjälpen villkoras på ett sätt som individen inte klarar av. Studien visar att ett ”villkor” mer har karaktären av kontroll än motivation och stöd, och att stödet avbryts vid återfall. Det kan även ställas krav på stadigvarande nykterhet eller drogfrihet som villkor för andra former av hjälp, samt att stöd och hjälp avslutas vid återfall.

5.2 Brukarnas behov

- Tillgång till en trygg och attraktiv stöd- och vårdmiljö, anpassad till brukarens behov. Oavsett om stöd eller vård ges via öppen- eller via heldygnsvård ska det finnas tydlighet i rutiner och kontinuitet, samt vara flexibel utifrån brukarens behov.
- En aktiv samverkan mellan och inom huvudmännen för att skapa smidiga övergångar mellan stöd och vårdformerna i syfte att undvika glapp och väntan.
- Vid självmald eller planerad utskrivning, bör kontakter med vårdgivare intensifieras då avbrott kan innebära ett ökat behov av kontakter och/eller insatser.
- En stöd- och vårdapparat som fullföljs i hemmamiljö.
- Intensifierade stöd och vårdinsatser för att undvika tvångsvård, vilket inkluderar att bli lyssnad till då brukaren söker vård akut.
- Använd inte villkorade stöd och vårdinsatser.
- Brukarna önskar en professionell samtalskontakt, psykologhjälp och någon som tar sig tid att lyssna.

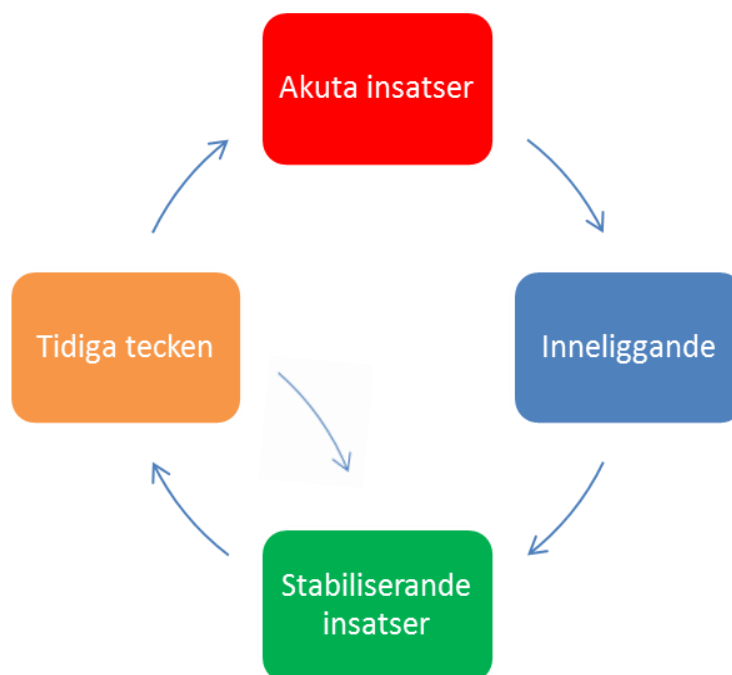
³ Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av mångbesökarkartläggningar i sex län. FoU Södertörns skriftserie nr 145/16.

6 En god insatskedja

Något som kännetecknar samsjuklighet är att tillståndet/måendet pendlar, att det är de akuta situationerna som ofta prioriterar sig själva.

Då tillståndet många gånger är livslångt krävs ett mer långsiktigt sätt att arbeta, med medvetna, kontinuerliga och samordnade insatser även i de stabila perioderna. Detta gör det nödvändigt att känna brukaren. Vid tidiga tecken ska kontakten intensifieras för att möjliggöra tidiga insatser och bryta den nedåtgående spiralen, vilket kan uppnås via kontinuerliga uppföljningsmöten och samordnade insatser.

I de fall brukaren är i behov av akuta insatser och/eller heldygnsvård ska målsättningen vara att göra denna vårdtid så kort som möjligt och återuppta via den kontinuerliga och stödjande insatsen i hemmiljö.



7 Gemensam brukare, gemensam målbild

För att stödja en god insatskedja vis samsjuklighet krävs samverkan, samordning, samtidiga och ibland integrerade insatser. En brukare med samsjuklighet har komplexa hjälpbehov som kräver flexibla huvudmän, både mellan och inom huvudmännen.

För att vara till hjälp för målgruppen bör alltså huvudmännen:

- Skapa en gemensam målbild för arbetet.
- Ta ett gemensamt ansvar för brukarens behov av stöd och vård och utifrån dennes individuella förutsättningar.
- Arbeta utanför sina organisatoriska stuprörs lägstanivå på insatser.

Sammanfattnings blir summan av ett integrerat arbetssätt större än om huvudmännen erbjuder brukaren hjälp för ett problem i taget.

7.1 Biståndets begränsning

En förutsättning för biståndsprovade insatser enligt Socialtjänstlagen är frivillighet, d.v.s. att den enskilde själv vill ansöka om stöd och vård, genomgå en SoL-utredning för tydliggörandet av dennes vårdbehov och målsättning av tänkt insats, samt villig att ta emot erbjuden stöd och vård.

Även under pågående insats/biståndsperiod finns möjlighet att klientens inställning till insatsen ändras, till att inte längre vara intresserad. Initialt innebär detta ett ansvar att försöka motivera denne till att ta emot erbjudna insatser. Men om motståndet står kvar måste den frivilliga insatsen/biståndet avslutas. Ansvarig handläggare kan då undersöka om det finns skäl att inleda en § 7 LVM-utredning, men annars avslutas ärendet oavsett hur vårdbehovet ser ut.

8 Indikatorer för vårdnivå

Beroende på tillståndets sammansatta alvarlighetsgrad bedöms om stöd och vård bör ske via öppenvård eller dygnsvård. Följande faktorer kan ge vägledning för bedömningen.

8.1 Indikatorer för stödbehov

Allmänna faktorer som kan indikera behov av långsiktigt stöd:

- Samsjuklighet och/eller annan funktionsnedsättning.
- Bristande eller fluktuerande motivation till förändring, men behov av vård. Social utsatthet.
- Bristande insikt i sin sociala utsatthet.
- Bristande sjukdomsinsikt.
- Behov av samordnade insatser.

8.2 Vårdnivå 1.

Allmänna faktorer som kan indikera öppenvård:

- En socialt stabil situation.
- Insikt om hjälpbehovet.
- Söker hjälp på egen hand.
- Välmotiverad till att arbeta med förändring.
- Samtycker till vård.
- Relativt oprövad inom öppenvården.

8.3 Vårdnivå 2.

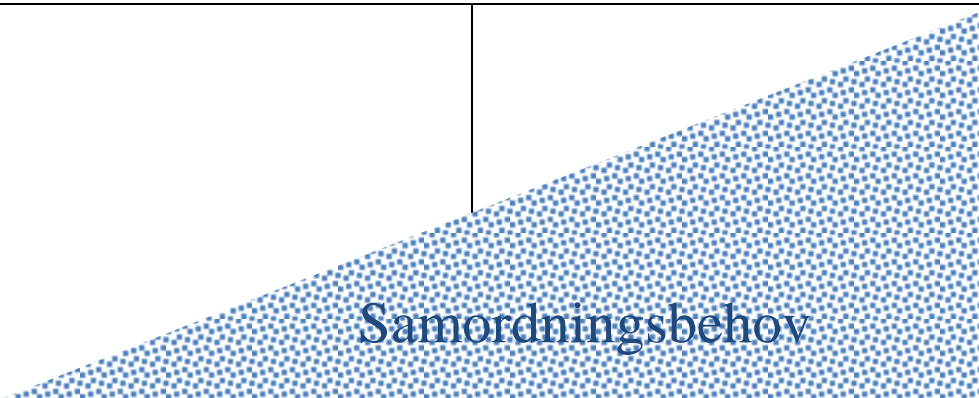
Allvarliga faktorer som kan indikera öppenvård men där behov av kompletterande stöd och/eller stödboende kan behövas:

- Samsjuklighet och/eller annan funktionsnedsättning, där brukaren följer sin vårdplanering.
- Medicinska tillstånd, där brukaren följer sin vårdplanering.
- Social utsatthet. t.ex. våld eller hot om våld, bostadslöshet eller tydlig risk för bostadslöshet.
- Långt framskridet beroende (ICD 10) eller ett svårt alkoholbrukssyndrom/substansbrukssyndrom (DSM 5), men där brukaren sökt hjälp på egen hand och är motiverad till att arbeta med förändring.

8.4 Vårdsnivå 3.

Allvarliga faktorer som kan indikera svårigheter att ge adekvat vård inom öppenvård, med eller utan kompletterande stöd, där heldygnsvård kan vara nödvändig:

- Samsjuklighet, där tillståndet medfört stora svårigheter att vara eller bli nykter/drogfri.
- Samsjuklighet, där tillståndet medfört stora svårigheter att följa medicinsk ordination.
- Ett utredningsbehov, där kontrollerad nykterhet/drogfrihet önskas.
- Svåra medicinska tillstånd, som kräver kontrollerad nykterhet/drogfrihet.
- Social utsatthet – t.ex. våld eller hot om våld, bostadslöshet.
- Bristande sjukdomsinsikt.
- Oförmåga att avhålla sig från fortsatt användning av berusningsmedlet.
- Bristande eller fluktuerande motivation till förändring.
- Upprepade försök med öppenvård, utan framgång.

		
Vårdsnivå 1	Vårdsnivå 2	Vårdsnivå 3
<p>Fungerar bra i den "vanliga" öppenvården.</p> <p>Screening för tidig upptäckt.</p>	<p>Det finns problematik, men brukaren följer sin vårdplanering.</p> <p>Behov av samordnade insatser.</p> <p>Långsiktighet, kontinuitet i arbetet även i de stabila perioderna.</p> <p>Vara uppmärksam på tidiga tecken.</p>	<p>Långsiktighet, kontinuitet, samplanering och aktiv samordning av insatser är förutsättningar för stabilisering av mående och kostnadseffektiv vård.</p>
Ett ökande behov av anpassade stödinsatser och samplanerad/samordnad vård.		

En ökad svårighetsgrad av brukarens tillstånd innebär ett behov av högre kompetenskrav hos behandlaren och samordnaren. Kompetenskrav för rekommenderade metoder beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

9 Insatskedja

En rutin som fungerar för samtliga huvudmän bör innehålla följande utgångspunkter, och utgå från aktuell lagstiftning samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stöd och vård vid missbruk och beroende.

9.1 Upptäckt

Tidig upptäckt av alkohol och/eller narkotikaproblematik är alltid att föredra, oavsett huvudman. Val av primär screeningmetod beror på den huvudman brukaren befinner sig hos, men generellt bidrar användning av AUDIT och/eller DUDIT till ökad upptäckt av alkohol och narkotikaproblematik. Om användandet av screeningsinstrument inte är möjligt kan CAGE⁴ fyra screeningsfrågor användas i samtalet. För medicinsk screening används verifierade urinprov, allt medicinska test som GT, ALAT, CDT och PETH.

Patientnära narkotikascreening via urinsticka kan användas men har sämre tillförlitlighet, plus att ett flertal nya narkotiska preparat inte syns på urinstickor. Här kan den kliniska observationen av brukarens beteende indikera positiv screening, allt att brukaren själv medger problem. För verksamheter som inte arbetar dagligen med psykisk ohälsa är det även viktigt att ställa frågor om symtom på depression och ångest, med anledning av risk för suicid.

9.2 Värdering

Värdering av initial huvudmans kompetens och ansvarsområde.

9.3 Kompletterande kompetens

Alla livsområden kan påverka varandra. Det är viktigt att se dessa i ett bredare perspektiv, då t.ex. kognitiv- och/eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning många gånger kan försvåra en pågående eller planerad stöd- och vårdinsats.

Vid planering av samverkan bör därför följande områden kartläggas; Social situation/problematik, psykiatrisk funktionsnedsättning, icke substansrelaterad beteendeproblematik, problematiskt användande av alkohol och/eller narkotika, kognitiv funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, fysisk/somatisk problematik och rättslig problematik. Som stöd vid kartläggning av problembild kan checklista⁵ för kartläggning användas. Dessa områden ger tillsammans en god bild av brukarens sammansatta behov av ytterligare hjälp. Som stöd i kartläggningen kan bifogad checklista användas. Om det finns problem på något av de nämnda områdena kan följande frågeställningar ge struktur i bedömningen:

- Får brukaren tillräckligt med stöd och vård på området?
- Önskar brukaren ytterligare stöd och vård?
- Vilken egen målsättning har brukaren med den önskade insatsen?
- Behövs ytterligare utredning? Vem är huvudman för denna och vart ska den första kontakten ske?
- Vad vill huvudmannen uppnå med samverkan?
- Har brukaren förmåga att söka stöd/vård hos annan huvudman?
- Finns förutsättning för adekvata insatser via öppenvård, eller är dygnsvård nödvändig?
- Med vilken huvudman bör samverkan ske, för kompletterande utredning/kompetens för hållbar förändring?

⁴ CAGE är en förkortning på Cut down, Annoyed, Guilt och Eye-opener. Screeningen genomförs via fyra frågor, i syfte att upptäcka problem. Det finns även en variant som heter CAGE-AID vilken inkluderar frågeställningar rörande narkotikaanvändning.

⁵ Checklista: Kartläggning av samordningsbehov vid samsjuklighet – Utarbetad av Roger Larsson, projektledare FoU-Välfärd, 2016. Se bilaga 1.

9.4 Bedömning av svårighetsgrad

Val av primär utrednings- och bedömningsmetod beror på den huvudman brukaren sökt hjälp hos. Socialtjänstens utredningsenhet för vuxna med alkohol- och narkotikaproblematik ska i första hand använda det standardiserade kartläggnings- och bedömningsinstrumentet ASI vid utredning. För unga rekommenderas kartläggningsinstrumenten DOK eller ADAD. Som bedömningsinstrument gällande beroende/alkohol- och substansbrukssyndrom kan ADDIS eller ADDIS-ung användas. Region Gävleborg kan använda diagnosinstrumenten SCID, SCID 2, MINI eller ADDIS.

9.5 Kontinuitet

Vid komplexa vårdbehov (vårdnivå 3) behövs samordningskompetens samt möjlighet till en långvarigt stöd- och samordningskontakt likt en Case Managermodell⁶. Samordnaren ska arbeta aktivt uppsökande och intensiviera kontakten vid svackor i måendet.

9.6 Samordnade och samtidiga insatser

Samordnade och samtidiga insatser är förutsättningar för kostnadseffektiv vård och stöd. Målsättningen för erbjudna insatser är:

- Samordnad Individuell Plan (SIP) ska användas i alla gemensamma ärenden, för att skapa struktur i den gemensamma planen och tydliggöra kravet på kontinuerlig uppföljning av erbjudna insatser.
- Erbjudna insatser följer Socialstyrelsens centrala rekommendationer⁷ i dess nationella riktlinjer från 2015 – ”Vård och stöd vid missbruk och beroende”, alternativt evidensbaserad praktik.
- Erbjudna insatser ska vara av god kvalitet samt lättillgängliga⁸ för brukaren.
- Minsta möjliga intervention med största möjliga verkan.
- Alla insatser ska följas upp.

Erfarenhet av tidigare arbete med samsjuka brukare är att det kan ta lång tid, ibland år innan tillståndet stabiliseras. Generellt används ett motiverande och stödjande förhållningssätt (MI).

9.7 Samverkan, nivå 3:a-c

De brukare som tillhör ”nivå 3” är många gånger de som kostar mest i resurser, utifrån att de oftast är hjälpsökande endast i det akuta skedet i sitt tillstånd. Komplikationen i detta blir då att vården blir svårplanerad, då det akuta tillståndet ganska snart inte längre är akut och brukaren blir utskriven eller skriver ut sig själv. Men det finns även de brukare som har en önskan om någon typ av fortsatt vård och stöd. Med detta som utgångspunkt bör ”nivå 3” vara den brukargrupp som har det största behovet av stöd, behandling och samordning, emellan de akuta vårdtillfällena.

⁶ Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller och rekommenderas av Socialstyrelsen vid arbete med individer som har en missbruks- och beroendeproblematik, med eller utan samtida psykisk ohälsa, så kallad samsjuklighet. I samtliga modeller har en samordnare, en så kallad Case manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. En Case management kan förutom det samordnande ansvaret också en behandlande roll. Mer information om arbetsmodellen kan inhämtas via Socialstyrelsens hemsida.

⁷ Rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för Hälso- och sjukvården och Socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv.

⁸ Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.

Ett försök till en ytterligare nivåanpassad samverkan och aktivitet kan se ut på följande sätt:

- a. Brukaren har ett komplext vårdbehov med många frivilliga vårdkontakter via flera huvudmän. Stort behov av samordning av insatserna. Motiverad till förändring, trots svårigheter.**

Hur: Samordning (SIP) av adekvata stöd- och vårdinsatser, enligt ett integrerat arbetssätt. Insatserna ska kontinuerligt följas upp och vid behov justeras.

Vem: Ärendet hanteras i huvudsak via utredare och huvudmännens insatsnivå. Frågor som rör kompletterande stöd och vård via annan huvudman, som ej går att lösa på utredare/insatsnivå, skall lyftas för samråd på 1:a linje chefsnivå hos huvudmännen.

- b. Brukaren har ett komplext vårdbehov men endast till delar vårdsökande hos olika huvudmän. Behov av samordning av insatser. Till delar finns motivation till förändring och önskar en del insatser, men inte från alla huvudmän.**

Hur: Samordning (SIP) av aktuella stöd- och vårdinsatser, enligt ett integrerat arbetssätt i den mån detta är möjligt. Insatserna ska sträva efter att öka brukarens motivation till förändring, i alla viktiga livsområden. Insatsen ska kontinuerligt följas upp och vid behov justeras.

Vid behov aktualiseras brukarens vårdbehov hos annan huvudman, som då får prova om stöd och vård är tillämbart via dennes styrande lagstiftning. Annan huvudman kan även konsulteras, i syfte att stärka den egna kunskapen runt problematiken.

Vem: Ärendet hanteras i huvudsak på utredare/insatsnivå. Frågor som rör stöd och vård via annan huvudman, som ej går att lösa på utredare/insatsnivå, skall lyftas för samråd på 1:a linje chefsnivå hos huvudmännen.

- c. Brukaren har ett komplext vårdbehov men är inte vårdsökande. Samordning av insatser är ej tillämbart, då brukaren motsätter sig adekvat hjälp och har inte någon motivation till förändring.**

Hur: Om möjligt initieras samtal med motiverande karaktär via den huvudman där brukaren är aktuell. Även andra insatser kan prövas, om dessa inte strider mot huvudmannens styrande lagstiftning. Ytterst kan huvudmannen prova om tvångsvård är tillämbart.

Vid behov aktualiseras brukarens vårdbehov hos annan huvudman, som då får prova om stöd och vård är tillämbart via dennes styrande lagstiftning. Annan huvudman kan även konsulteras, i syfte att stärka den egna kunskapen runt problematiken.

Vem: Den huvudman där brukaren är aktuell just nu ansvarar för genomförandet av motiverande samtal. Frågor som rör möjlig stöd och vård hos annan huvudman lyfts för samråd på 1:a linje chefsnivå hos huvudmännen.

9.8 Uppföljning

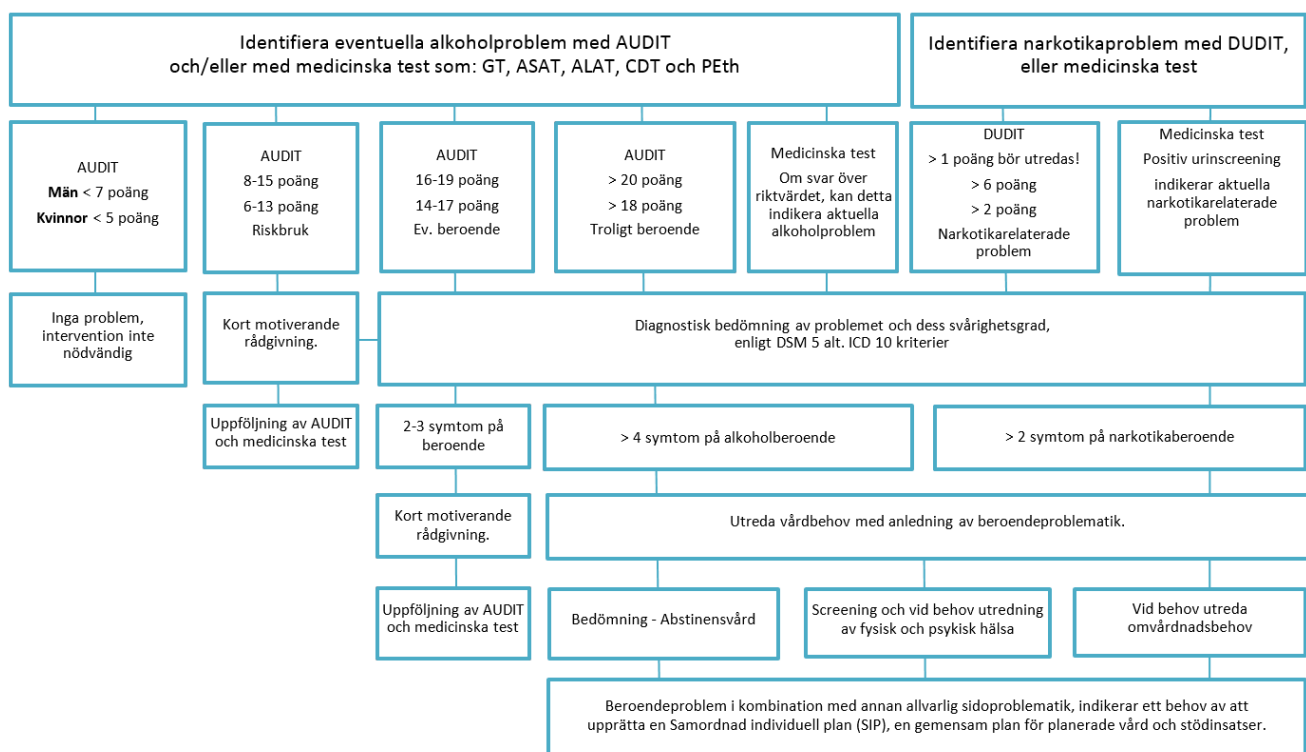
Det är alltid viktigt att följa upp insatsen, för att vid behov justera innehållet eller avsluta om den inte är till nytta. Regelbundna uppföljningsmöten sker vid fasta mötestider, en gång per månad. Den som initierar brukarens ärende till mötet ansvarar för brukarens samtycke till en samplanering.

9.9 Avvikelser

Avvikelser från den gemensamma planen lyfts i första hand omedelbart med den aktuella samverkanspartners representant och i andra hand på chefsnivå.

9.10 Från screening till stöd och insats

Som tidigare nämnts i detta avsnitt, är det viktigt att tidigt identifiera brukare med behov av samordnade insatser, vilket flödesmodellen nedan vill illustrera. Modellen bygger löst på Socialstyrelsens sammanfattande modell från 2007, men är omarbetad⁹ i syfte att beskriva ett tänkt flöde när samverkan bör initieras.



Om en vanlig Samordnad individuell plan inte räcker för att trygga brukarens behov av samordnad vård, aktualiseras behovet av samordnade insatser till styrgruppen för SAM-team.

⁹ Omarbetad av Roger Larsson, Behandlingssamordnare Gävle kommun (2018)

10 SAM-team, ett förslag till ett integrerat arbetssätt

Som tidigare beskrivits lades Team Douglas ned för att ”omgruppera” resurserna och effektivisera arbetet, i syfte att nå fler brukare. För att återigen möta upp de stöd och vårdbehov individer med samsjuklighet samt övriga brukare med stora hjälpbehov har, där våra ordinarie verksamheter inte är tillräckligt flexibla, föreslås inrättande av flexibla SAM-team: Tvärprofessionella team med ett integrerat arbetssätt för samverkan vid samsjuklighet.

10.1 Organisation och sammansättning

Teamet bör bestå av speciellt lämpade representanter från kommunen samt hälso- och sjukvården och anpassas utifrån brukarens individuella behov och funktionsnivå. Medarbetarna från de olika huvudmännen har kvar sin ursprungliga arbetsgivare, men har ett gemensamt uppdrag avseende den aktuella målgruppen. Grunden i arbetet är den brukarens samordnade individuella vårdplan. För brukare med låg funktionsnivå och där arbetet består i att bibehålla denna och förhindra en destruktiv utveckling, består SAM-teamet alltid av en representant från omvårdnad (för insatser över tid) tillsammans med annan aktör.

10.2 Målgrupp

Ett SAM-teams uppdrag ska vara att minska alternativt fylla ut de organisatoriska mellanrummen där samordnade och samtidigt insatser från kommunen och regionen krävs, för att motverka att brukare med samsjuklighet faller mellan stolarna. En målgrupp som saknar den autonomi som krävs för att på egenhand genomföra interventioner och behandlingar, det som tidigare benämnt som ”Nivå 3”.

10.3 Uppdrag

Ett SAM-teams uppdrag är att aktivt arbeta utifrån aktuellt kunskapsläge och individens förutsättningar. Arbetssättet ska vara mobilt och flexibelt i tid och rum.

Långsiktighet och kontinuitet är viktigt ledord för verksamheten då SAM-teamet är den sammanhållande länken mellan olika samhälleliga aktörer.

- SAM-teamets arbete utgår ifrån brukarens egen önskan om stöd och hjälp, samt SIP-plan.
- SAM-teamet verkar på individnivå i aktiv behandling och lotsning.
- SAM-teamet bör ha jourberedskap för sina pågående uppdrag.
- SAM-teamet har också ett koordinerat uppdrag och är sammankallande och ledare för SIP som kräver kompetens om huvudmännens uppdrag och juridiska ansvar.
- SAM-teamet kan vid behov handleda personal inom huvudmännen som arbetar med målgruppen, i de fall brukaren inte är intresserad av det långsiktiga stöd och samordning som teamet kan erbjuda.

10.4 Gemensamma förutsättningar

Arbetet bör utformas och utgå ifrån:

- Brukarens behov, vilket dokumenteras via en samordnad individuell plan (SIP)
- Nationella riktlinjer (metodik)
- Evidensbaserad praktik.
- Uppdragsbeskrivning
- Ledningssystem (rutiner, policy, checklistor)
- Ledningsgrupp
- Kvalitetssäkring (uppföljningar och mätningar på individ och gruppnivå)
- Veckovis beredning/behandlingskonferens
- Gemensam handledning
- Utbildning/kompetens (formell och reell)

10.5 Att aktualisera en brukare till SAM-team

Om bedömning görs att en brukare kan vara i behov av ett SAM-team ska ärendet aktualiseras via SAM-teamens styrgrupp, en gruppering förstalinjechef eller motsvarande, med mandat att prioritera den egna arbetsgruppens resurser.

Struktur för aktualiseringen sker enligt så kallad SBAR¹⁰ vilket meddelas till den som sammankallar styrgruppen, minst en vecka innan nästa inplanerade möte.

Om brukaren lämnat sitt samtycke till att dennes situation och behov lyfts för resonemang utanför den aktuella verksamheten, bifogas namn och personnummer i syfte att ge möjlighet till att övriga i styrgruppen får förbereda sig.

Under mötets gång resonerar styrgruppen om möjliga insatser från den egna verksamheten, beslutar om ett SAM-team ska sättas samman, samt hur ärendet ska hanteras/aktualiseras inom respektive organisation för att skyndsamt sätta samman ett SAM-team. T.ex. hur brukaren ska ansöka om en insats inom kommunen, eller hur denne ska initiera en vårdkontakt.

Vid behov kopplas en Case manager till SAM-teamet, i syfte att vara den samordnande personen i teamet. Den tänkta Case managern bör i första hand vara kopplad till den verksamhet som bedöms komma att finnas kvar över tid, även när det akuta tillståndet och situationen är avhjälp.

10.6 Att använda Samordnad individuell plan (SIP)

Att använda sig av en Samordnad individuell plan, vilket ofta förkortas SIP, är lagstyrd utifrån följande kriterier:

- Brukaren har behov av insatser från fler än en huvudman.
- Det finns ett behov av samordning av insatserna.
- Brukaren deltar i sin planering.
- Brukaren samtycker till samverkan och samordnad plan.

Lagstyrt är även att den huvudman som uppmärksammar behov av samordnade insatser ansvarar för initierandet av planen, vilket även inkluderar att inhämta samtycke från brukaren. Region Gävleborg och länets kommuner har en gemensam rutin för användandet av SIP.

¹⁰ SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) används bl.a. inom sjukvården som modell för informationsöverföring. Se bilaga 2.

Den länsgemensamma rutinen för SIP har ibland upplevts som kantig och styrd av dess dokumentation, istället för att lyfta brukarens behov av samordnade insatser. Det finns erfarenhet av att SIP-möten ibland kan handla i ansvarsfrågor och ekonomi, samt öppen kritik mot ”den andra” huvudmannen, vilket är olämpligt att utsätta brukare med samsjuklighet för.

Förslaget från arbetsgruppen är att fördela innehållet i SIP-mötena till olika tillfällen, enligt följande:

1. Den huvudman som screenat behovet informerar brukaren om vad en SIP är, samt om denne lämnar samtycke till att initiera en SIP.
2. Ett inledande SIP-möte, i form av SAM-teamets styrgrupp, förs en öppen dialog rörande de yttre ramarna, såsom ansvar och ekonomi runt insatser som rör den enskilde brukaren.
3. Ett SAM-teamet utses.
4. SIP-Samplanering av insatser. Här deltar brukaren tillsammans med det utsedda SAM-teamet och för dialog rörande brukarens behov, önskemål och målsättning. Därefter sammanställa en samordnad plan utifrån dessa ramar.
5. För att eftersträva ett integrerat arbetssätt bör SAM-teamet ha regelbundna uppföljningsmöten utan brukaren fysiska deltagande men med dennes samtycke, vid fasta mötestider ca en gång per månad. En sidovinst vid regelbundna träffar är att huvudmännens representanter tillsammans skapar ett lärande gällande samsjuklighet.
6. SIP-Uppföljning. Regelbunden uppföljning och eventuell revidering av den gemensamma planen tillsammans med brukaren.

10.7 Stödbehov utan samtycke

Samtycke till kompletterande insatser från annan huvudman bör alltid uppmuntras, men i de fall brukaren tydligt nekat till att hans ärende lyfts på styrgruppen, kan informationen runt den enskilde avkodas och ändå lyftas för diskussion i syfte att stödja och handleda den aktuella verksamheten i arbetet.

10.8 Evidensbaserad praktik

En utgångspunkt för det gemensamma arbetet är att det sker enligt en så kallad Evidensbaserad praktik, vilket innebär att de professionella väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.



11 Möjliga utvecklingsområden

Punkterna i kapitel 3; ”Vårdprocessens svagheter” och ”Brukarnas behov” kan användas som en checklista inom respektive organisation, samt vid intern och extern samverkan. Eventuella brister bör lyftas och i möjligaste mån åtgärdas. Övriga utvecklingsområden som detta utvecklingsarbete uppmärksammat är:

- Hur skapa och implementera en gemensam målbild för alla medarbetare i det brukarnära arbetet inom respektive huvudmannaoområde, som samtidigt grundar sig i respektive uppdrag och ansvarsområde?
- Hur möjliggöra att huvudmännen använder samma verksamhetssystem?
- Hur möjliggöra fler brukarnära resurser i form av Case Management-modell?
- Hur möjliggöra det långsiktiga och ibland livslånga stöd, målgruppen är i behov av?
- Hur förenkla för brukarna att hitta rätt ingång i huvudmännens verksamheter?
- Hur förenkla för medarbetarna att hitta rätt ingång i andra huvudmäns verksamheter?
- Hur minska personalomsättning i syfte att minska kunskapsdränaget i verksamheterna?
- Hur möjliggöra tillgång till en integrerad behandling som motsvarar brukarnas behov?

12 Initial åtgärdsplan

Utvecklingsområde	Aktivitet
Hur lättare identifiera brukare med samsjuklighet?	Använda befintliga screeningsmetoder, samt bifogad ”Checklista för kartläggning av samordningsbehov vid samsjuklighet”.
Hur använda befintliga resurser inom respektive huvudman för adekvata långsiktiga stöd- och behandlingsinsatser, i syfte att undvika organisatoriska mellanrum?	Pilot: SAM-team. Förslag att starta med 10 patienter med ingång via SIP, utsedd personal, ett samordnande processtöd och utvärdering via följeforskning. Initial styrgrupp.
Hur skapa en gemensam målbild gällande målgruppen?	Workshop med utsedda medarbetare och 1:a linje chefer, samt kontinuerliga mötesforum.
Hur upptäcka organisatoriska mellanrum?	Workshop med utsedda medarbetare och 1:a linje chefer.
Hur möjliggöra integrerade stöd- vård- och behandlingsinsatser, anpassade till målgruppen?	Workshop med utsedda medarbetare och 1:a linje chefer.
Hur möjliggöra lättillgänglig vård, anpassad målgruppen?	Workshop med 1:a linje chefer.
Hur skapa förutsättningar för en framgångsrik implementering av arbetet?	Workshop med 1:a linje chefer i syfte att skapa en implementeringsplan.
Hur skapa ett evidensbaserat lärande för utvärdering och ett fortsatt utvecklingsarbete?	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk uppföljning av alla ärenden kopplat till ”SAM-teamet”. • Skapa tid för reflektion och lärande.
Hur möjliggöra ett gemensamt dokumentationssystem, som t.ex. ”Lifecare”?	Undersöka möjlighet för Pilot.

13 Arbetsgrupp

Ywette Persson, Vårdenhetschef Vuxenpsykiatri, Öppenpsykiatrisk mottagning

Anna Sundqvist, Vårdenhetschef Vuxenpsykiatri, Psykosavdelning

Eva Britt Harrysson, Vårdenhetschef Familjehälsa och Beroendecentrum Gävle (BCG)

Annelie Mehtälä, Enhetschef Utredningsenhet Vuxen

Jill Victor, Enhetschef Öppenvårdsenhet Vuxen

Lena Johansson, Verksamhetschef Omvårdnad

Roger Larsson, Behandlingsamordnare Öppenvårdsenhet Vuxen Gävle kommun (under 2016 projektledare FoU Välfärd, Region Gävleborg) var inte del av den utsedda arbetsgruppen men bjöds in för att stödja arbetet, samt för sammanställning gruppens dokumentation i form av arbetsrapport.

Bilaga 1.

Checklista: Kartläggning av samordningsbehov vid samsjuklighet***Brukarens egen bedömning är inget krav för användande av checklistan.***

Finns pågående vård, stöd och/eller annan kontakt med någon professionell på området?

0. Brukaren har inte några problem på området.

1. Brukaren har aktuella problem på området, men klarar av att hantera dessa på egen hand alternativt har fungerande vård och/eller stödinsatser.

2. Brukaren har aktuella problem på området och är i behov av kompletterande vård och/eller stödinsatser.

Livsområde:	Pågående vård, stöd, kontakt?		Brukarens bedömning	Kartläggarens bedömning
	Ja	Nej	0 - 2	0 - 2
<u>Social situation</u> Bostad, försörjning, sysselsättning, skulder, relationer, barn, familj m.m.				
<u>Psykisk hälsa</u> Depression, ångest, psykossjukdom, personlighetsstörning eller affektiva syndrom, sköter medicinering m.m. Diagnostiserad? Behov av utredning?				
<u>Icke substansrelaterad beteendeproblematik</u> Hasardspelsyndrom, gaming (spel), sex, shopping m.m.				
<u>Alkohol användning</u> Negativa konsekvenser med anledning av alkohol användning? Positiv screening?				
<u>Narkotika användning</u> Negativa konsekvenser med anledning av användning av narkotika, tabletter och/eller andra medel? Blandanvändande? Positiv screening eller klinisk observation?				
<u>Kognitiva funktionshinder</u> Minne, förmåga att ta initiativ, planera, organisera, skapa struktur, motivera sig själv, tolka sammanhang m.m. Diagnostiserad? Behov av utredning?				
<u>Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning</u> Svårigheter med uppmärksamhet, uthållighet, styra sina impulser, tolka och kommunicera, motoriska problem, medicinering m.m. Diagnostiserad? Behov av utredning?				
<u>Fysisk/somatisk hälsa</u> Kroppsliga funktionshinder, skador eller sjukdomar, blodsmitta, medicinering m.m. Diagnostiserad? Behov av utredning?				
<u>Rättsliga problem</u> Aktuell kriminalitet, väntar åtal/rättegång, hot/våld, förövare, offer m.m.				

- Behov av kompletterande och samordnade insatser? Ja () eller Nej ()

- Samtycker brukaren till kontakt med annan huvudman? Ja () eller Nej () Ska dokumenteras.

Bilaga 2.

SBAR Struktur för aktualisering till SAM-team		
S	<p>Situation</p> <p>Vad är problemet. Anledning till att ett SAM-team kan vara aktuellt.</p>	
B	<p>Bakgrund</p> <p>Kortfattad historia. Skapa en helhetsbild om tidigare insatser från huvudmännen.</p>	
A	<p>Aktuellt tillstånd</p> <p>Status: Socialt, psykisk och fysisk hälsa, missbruks- och beroendeproblematik, funktionsnedsättning, kriminalitet, våld, m.m.</p> <p>Bedömning</p> <p>Behov. Vad kan brukaren behöva, utöver aktuellt stöd?</p>	
R	<p>Rekommendation</p> <p>Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Är aktuella huvudmän överens.</p>	

