

Flödesprocess integrerat arbete

Detta dokument utgör den ram för arbetet som har utvecklats som en flödesprocess för integrerat arbete för personer med samsjuklighet och stort behov av samordning.

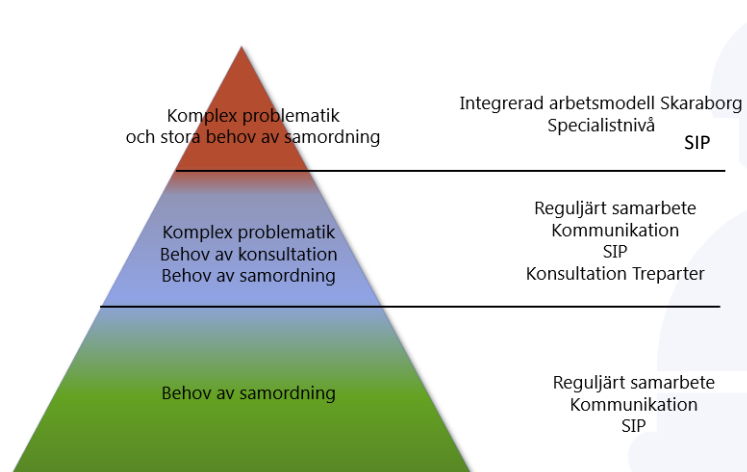
Ramen och det integrerade arbetssättet kan utvecklas och revideras utifrån erfarenheter som görs och beslut som fattas.

Målgrupp

Kommunen avgör vilka personer som ska ingå.

Överenskommen målgrupp är personer över 18 år som

- har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras
- har minst två psykiatriska diagnoser, varav en är en beroendediagnos. Den psykiatriska diagnosen kan redan finnas eller där skäl finns för att utreda psykiatrisk diagnos utöver beroende
- personer som är, eller har varit, patienter inom psykiatrin, eller där bedömningen är att de "bör vara" det
- personer i det röda fältet i figuren nedan



Volym

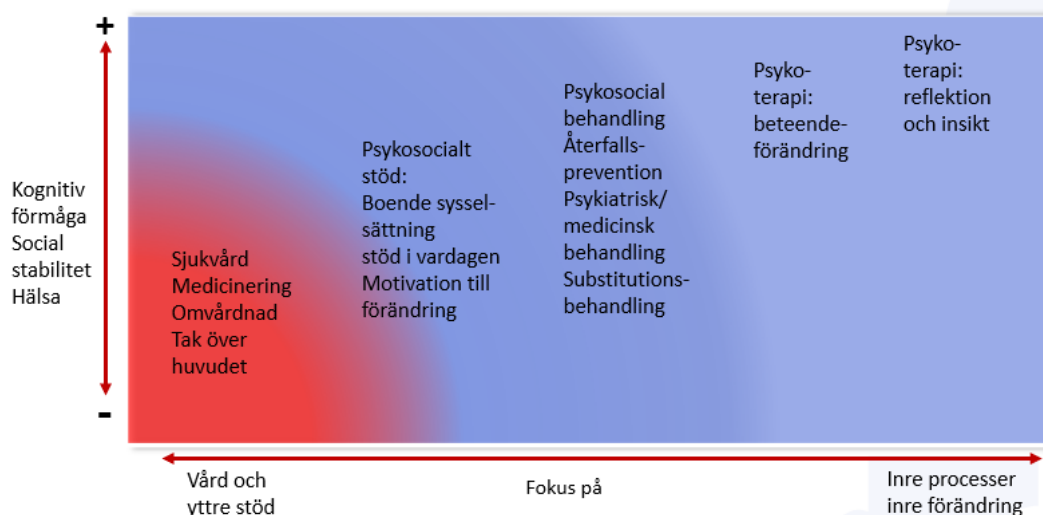
Inledningsvis beräknas ca 10-15 personer ingå i framtagandet av denna flödesprocess, med successiv inskrivning

Kultur

Arbetet i modellen präglas av

- Flexibilitet
- Framåtlutning
- Ett oortodox givande och tagande som utgår från personens behov och där vi vågar göra annorlunda för att det ger vinster
- Båda parter kan agera uppsökande
- "Vi hjälps åt!"
- Olika professioner gör det som gynnar personen utifrån hur kontakt, situation med mera ser ut
- Berörda aktörer behöver ha ett skademinimerande förhållningssätt eftersom personer i målgruppen kan ha behov av livslångt stöd
- Ett personcentrat förhållningssätt

Samsyn – möjlighet och utmaning



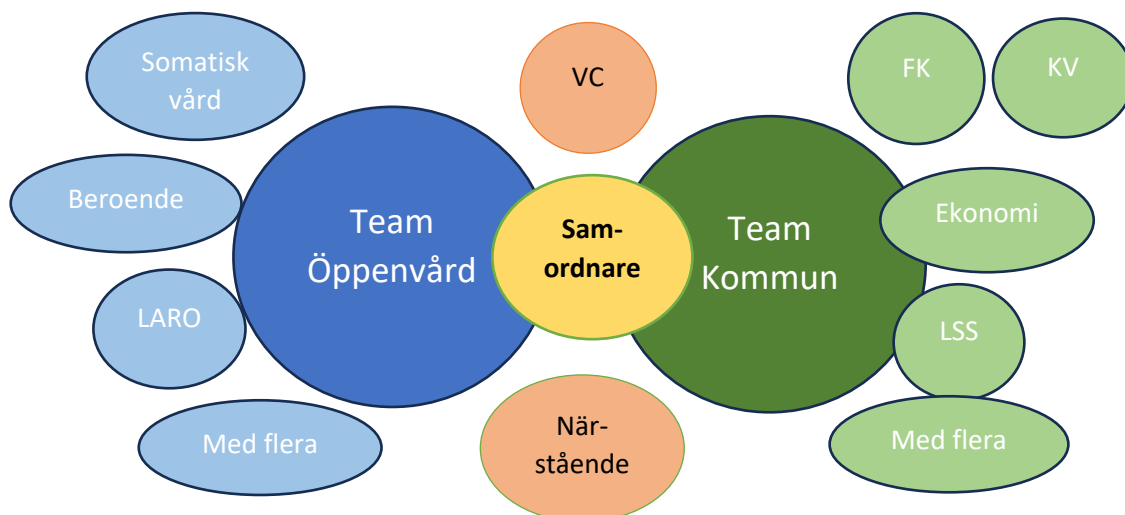
Källa: Sven-Eric Alborn

Det integrerade arbetssätt som tagits fram har ovanstående figur i fokus. Bilden avser visa vikten av att förstå den enskildes funktionsnedsättning och resurser.

Utmaningen är att nå samsyn och att bistå med rätt insatser utifrån aktuell situation. Det handlar om att lägga pussel tillsammans för att göra bedömning (använda professionellt omdöme) av personens grundläggande funktionsnivå och aktuella behov.

Exempel på relevanta frågor till andra aktörer: Har återkommande placeringar förekommit? Hur fungerar kontakter? Fråga till andra: "Hur ser ni på NN hos er?" "Vad skulle ni ge för råd?" Särskilt viktigt i initialt skede.

Organisering



Samordnare

- Varje huvudman avgör om man har en eller flera samordnare
Inledningsvis väljer samtliga att ha två för att minska sårbarheten och uppnå kollegialt samarbete/stöd. Kan exvis vara huvudsamordnare och utsedd kollega
- En samordnare kan "äga" ärenden eller ha samordningsansvar utifrån kommunikation med berörda
- Kan behövas personkännedom
- Samordnare kan dra ihop "rätt" personer till avstämningsmöten
- Samordnarna har chefernas mandat att arbeta "utanför boxen".
Hur långt utanför får utforskas under resan och i dialog med cheferna.
- Viktigt: Tydlig information i SAMSA om att personen är deltagare samt uppgifter om kontaktpersoner/samordnare

Team – Öppenvårdspsykiatri

Öppenvårdsmottagningen ansvarar för att utföra vård- och stödinsatser till inskrivna patienter utifrån sina respektive professioner och kompetenser.

För den enskilde utgör samordnare och berörda på mottagningen ett team. Personalen arbetar tillsammans och träffas dagligen, och utvecklar ett gemensamt synsätt.

Samordnarens uppgift är att känna till och samordna bedömningar och insatser som görs inom vården, hos kommunen och när det är lämpligt, hos andra vårdgivare och att ha en tät kommunikation med kommunens samordnare.

Samordnaren är länken mellan vården och kommunen och deltar i regelbundna digitala möten med kommunen. Samordnaren är aktiv i arbetet med nya patienter genom att informera om insatser, koppla in personal som ska delta i samarbetet och se till att insatserna motsvarar deltagarens behov.

Fast vårdkontakt: Kanske inte i alla ärenden. Får då ligga kvar på samordnare, men bör få fast vårdkontakt så snart det är möjligt/lämpligt.

Team – Kommun

Kommunen ansvarar för att utföra omvårdnads- och stödinsatser till inskrivna klienter utifrån sina respektive professioner och kompetenser. För den enskilde utgör samordnare och berörda inom socialtjänsten ett team.

Samordnarens uppgift är att känna till och samordna bedömningar och insatser som görs inom kommunen, hos vården och när det är lämpligt, hos andra aktörer som Frivård, Försäkringskassa med flera. Samt att ha en tät kommunikation med öppenvårdsmottagningens samordnare.

Samordnaren är länken mellan kommunen och vården och deltar i regelbundna digitala möten med vården. Samordnaren är aktiv i arbetet med nya klienter genom att informera om insatser, koppla in personal som ska delta i samarbetet och se till att insatserna motsvarar deltagarens behov.

Kommunen gör inget särskilt biståndsbeslut för att en person ingår i modellen.

Arbetssätt

Samordningstavla och regelbundna möten

Samordningstavla (psykiatrin ansvarar och förvarar).

Mall ska finnas hos kommun för att vara känd, men då ej med personuppgifter

Fördelen med att se tavlan är att den kan visa hur den enskildes hälsa/status växlar över tid och hur insatser följer behoven.

Samordnarna har regelbundna digitala möten för att planera insatserna och informera om genomförda insatser. Samordnarna är aktiva i arbetet med nya klienter genom att informera om insatser, koppla in personal som ska delta i samarbetet och ser till att insatserna motsvarar deltagarens behov.

Möten 1 gång per vecka.

VUP avsätter tid för ytterligare möte/n när fler kommuner deltar.

Dessa möten är avstämningar där information/dialog ska ske om de enskilda personer som är aktuellt att ta upp.

Säkra möten VGR och liknande används.

Samordningstavlan är central.

Dessa möten kan inte rationaliseras bort.

Samtliga samordnare har initialt fått utbildning i case-management som ett stöd för arbetssättet.

Kartläggning med stöd i CM-metodik.

Kompletterande möten och kontakter

Andra samtal och möten kompletterar dessa två möten. Kontakt-/teamskapande är en förutsättning för arbetet. Efter egen bedömning/på förslag och i samråd med den enskilde, kan samordnare bjuda in lämpliga funktioner, närstående och andra berörda för avstämningsmöten

Övrigt

Sekretess

God information till personen och medgivande till undantag från sekretess krävs.

Kontakt Primärvård/Vårdcentral

Kontakt utgår från den enskildes behov. Viktigt att engagera och involvera primärvården! Kan tas upp i Trepert.

Egenvårdsintyg

Kan användas om det är möjligt. Här kan svårigheter finnas utifrån ekonomi (kostnad) och förmåga. Möjlighet finns för avgiftsbefriade om utrymme inte finns. Dialog i samråd för respektive person.

Generellt

- Hembesök när det är lämpligt
- Piloten kommer inte att ge snabba resultat
- Information viktig. Om möjligt få alla att känna sig involverade.

Utskrivning

Målgruppen har en samsjuklighetsproblematik som kan pågå under längre tid, där persons mående och tillstånd pendlar upp och ner. Utgångspunkten för att avsluta arbetet är att personen redo att överföras till fast vårdkontakt och ordinarie verksamhet, det vill säga; klarar sin vardag med enbart punktinsatser.

Om en person flyttar till annan kommun avslutas hans/hennes deltagande i denna pilot.

Styrning och stöd

- Beslut om framtagande och prövning av denna process är fattat över chefsnivån (av Vårdsamverkan Skaraborg). Slutrapport oktober 2025.
- Problem lyfts löpande med chef/chefsgrupp
- Chefsgrupp har schemalagda möten varje månad
- Återkommande utvecklingsmöten och uppföljningsmöten med samordnarna.