

Att möjliggöra en sammansållan vård

Handbok för samarbete kring
personer med missbruk, beroende
och psykisk ohälsa

Anne-Lie Lindell, Anne Ignell, Litto Theodoridou,
Sofia Schiller, Therese Bengtsson, Malin Ahnlund

Innehåll

INLEDNING.....	4
Metod för utvecklingsarbetet	4
HANDBOK.....	6
En sammanhållen vårdprocess.....	7
Verktyg för samarbete och samordning	11
Verksamhetsspecifika och gemensamma planer	11
Gemensamma möten	12
Samordnad kartläggnings- och utredningsprocess	16
SAMVERKAN OCH SAMARBETE.....	19
Varför ska vi samarbeta?.....	20
En fragmenterad vård	20
Varför kommer de tillbaka?	21
Vad har vi sett under metodutvecklingsarbetet?	22
Den svåra konsten att samarbeta	26
Vinster med en sammanhållen vård.....	28
Anders 45 år.....	28
REFERENSER	31
BILAGOR	32
Bilaga 1 – SIP-info	32
Bilaga 2 – GFI-mallar	33

INLEDNING

Vård och behandling för personer med missbruk och beroende är en gemensam uppgift för socialtjänst och hälso- och sjukvård. För att skapa en effektiv och kvalitativ vård för personer med samsjuklighet (missbruk/beroende och psykisk ohälsa) och/eller komplexa vårdbehov har Malmö stad och Region Skåne sedan april 2016 drivit ett FINSAM-finansierat utvecklingsarbete, Integrerad verksamhet (fortsättningsvis IV).

Syftet med IV har varit att utveckla integrerade arbetssätt och metoder som möjliggör samtidiga och samordnade insatser för målgruppen såväl som ett mer effektivt användande av verksamheterna resurser. Målgruppen är personer över 18 år med ett missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och/eller andra beroendeframkallande medel och som har behov av insatser från både socialtjänsten (missbruk) och den specialiserade psykiatriska beroendevården. De verksamheter som företrädesvis omfattats av IV har varit de fem socialtjänstavdelningarna, sektion vuxen/missbruk samt Vuxenpsykiatrimottagning beroende Malmö (Rådmannen).

Denna rapport har tagits fram inom ramen för IV. Vi kommer i detta inledande avsnitt kort beskriva utförandet av själva metodutvecklingsarbetet. Därefter kommer ett avsnitt i form av en handbok som inleds med själva vårdprocessen och flödet för målgruppen, för att sedan fokusera på mer ingående beskrivningar av de verktyg vi har att tillgå för att underlätta samarbete och samordning. Handboken utgår från att de verksamheter som i sitt uppdrag möter målgruppen, ska möjliggöra ett flöde för den enskilde individen från första kontakt till avslut i samband med att personens mål är uppnådda. Rapporten avslutas med ett avsnitt om samverkan och samarbete i ett mer övergripande perspektiv.

Metod för utvecklingsarbetet

För att skapa förutsättningar för ett mer riktat utvecklingsarbete skapades en mindre pilotverksamhet inom ramen för IV. Målet med denna var att arbeta fram en modell för sammanhållen vård. Piloten har bestått av socialsekreterare Therese Bengtsson från socialtjänst Innerstaden, socialsekreterare Malin Ahnlund från socialtjänst Norr som efterträts av Anne Ignell samt kurator Litto Theodoridou och sjuksköterska Sofia Schiller från Vuxenpsykiatrimottagning beroende, Malmö (Rådmannen). En stor del av de ärenden som tillhört Rådmannen och någon av dessa två socialtjänster har fördelats till pilotmedarbetarna. Dock inte fullt ut, då det varit av vikt att se hur samordning och samarbete fungerar utanför det mindre teamet. Medarbetarna har i viss utsträckning haft mandat att aktualisera och ta emot ärenden i piloten, med fokus på den målgrupp som generellt har svårast att få sina behov tillgodosedda. Allt samarbete inom piloten gällande individer har skett genom samtycke från den enskilde.

Utgångspunkten i piloten har varit ett medarbetardrivet utvecklingsarbete och upplägget har inspirerats av såväl kriminalvårdens projekt Livspondus¹ som utvecklingsarbete genom deltagande i forskningscirklar. Båda är arbetssätt som bygger på att medarbetare gemensamt får reflektera över det dagliga arbetet i syfte att synliggöra och sprida erfarenhetsbaserad kunskap, det som ofta kallas tyst kunskap. Målet har varit att ta tillvara den kunskap som finns i verksamheterna där medarbetarna haft utrymme och mandat för att testa och utveckla olika former av samarbete och samordning i det dagliga arbetet.

Medarbetarna inom pilotverksamheten har en dag i veckan varit samlokaliserade på Rådmannen med ett mer direkt målgruppsarbete. Uppdraget har varit att arbeta fram och testa former för en

¹ Läs mer: <https://www.kriminalvarden.se/jobba-hos-oss/livspondus/>

sammanhållen vård. Arbetet har utgått från tillgängliga metoder och insatser inom ramarna för respektive verksamhets uppdrag och möjligheter, men med ett tydlig fokus på hur de på bästa sätt kan samordnas. Träffar med målgruppen har föregåtts av gemensam planering, oftast i form av en kortare dialog. Efter gemensamma möten har berörda medarbetare haft en mer analyserande dialog, kring den enskildes problematik och behov, hur respektive verksamhet kan möta upp dessa, vad fungerade och vad fungerade inte. Vid dessa tillfällen har det, om möjligt, medverkat ytterligare pilotmedarbetare som lyssnat och dokumenterat i ett mer övergripande perspektiv i syfte att identifiera mönster i form av utmaningar och framgångsfaktorer i det enskilda ärendet. I samma syfte har medarbetarna även arbetat med att ta fram tidslinjer för hur insatserna från respektive organisation sett ut. Tidsperioden har huvudsakligen varierat från någon månad till ett år.

Fokus i metodutvecklingsarbetet har, utifrån uppdraget, konsekvent legat på att utveckla en mer generell sammanhållen vårdprocess. För att möjliggöra detta har Anne-Lie Lindell, processledare för IV, ansvarat för metodreflektionsträffar en halvdag per vecka. Dessa har haft ett mer övergripande fokus på metod för samarbete, med utgångspunkt i det som framkommit i det praktiska arbetet och ärendeanalyser. Träffarna har inledningsvis utgått från stora teman som samarbete, i vilka situationer uppstår svårigheter där vi riskerar att ”tappa” den enskilde och vilka lösningar kan finnas. Successivt har arbetet vid metodreflektionsträffarna alltmer inriktats på att arbeta fram en modell för sammanhållen vård och beskrivning av delarna i modellen. Arbetet i pilotverksamheten har bland annat lett till utvecklandet av det som kommit att kallas GFI-möten (*Gemensamma förutsättningslösa informationsutbytesmöten*) för att möjliggöra tidiga samarbeten. Mötesformern kommer att beskrivas mer ingående i avsnittet ”Verktyg för samarbete och samordning”. Förkortningen GFI kommer att användas genomgående i rapporten.

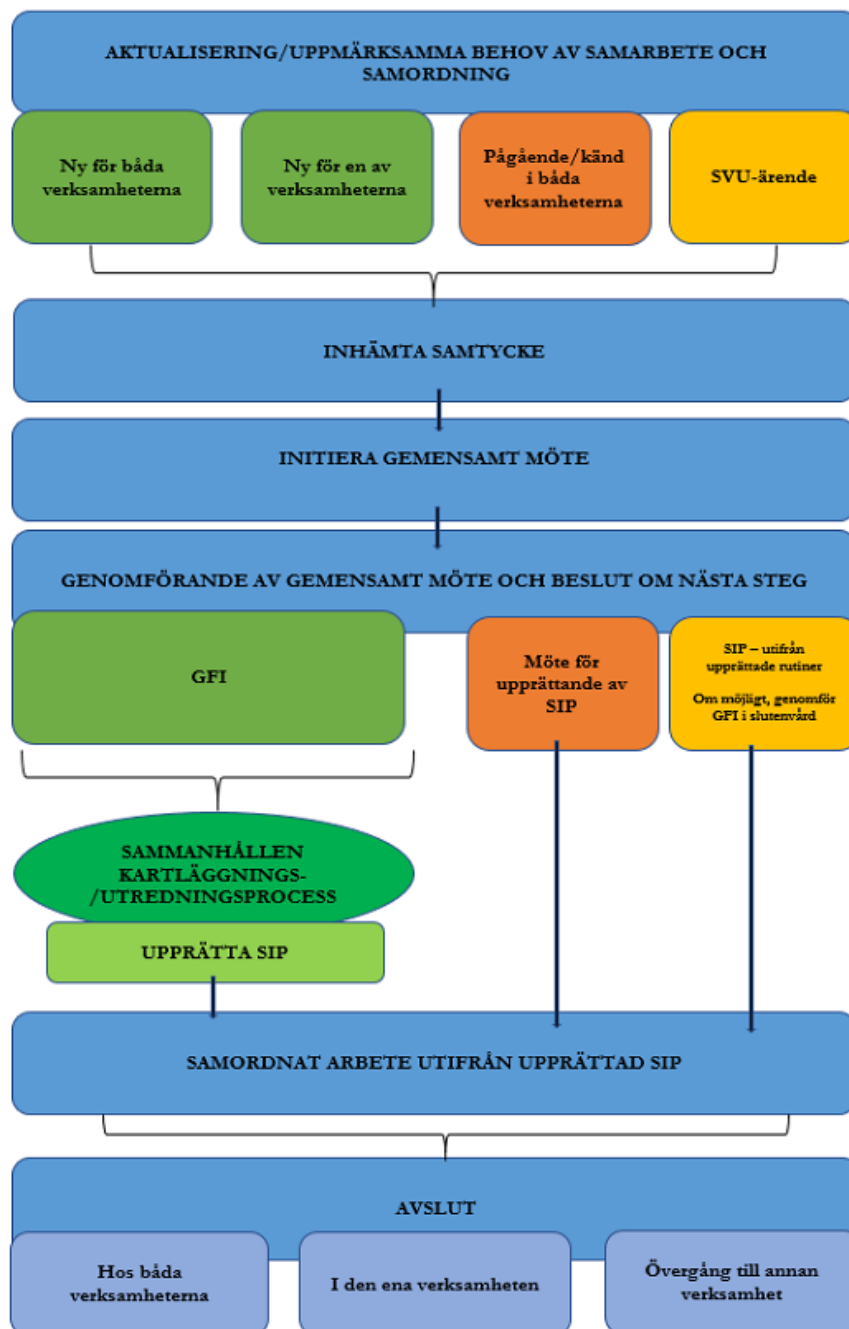
Gemensam reflektion i samband med pilotarbetet har hos medarbetarna även väckt tankar och idéer kring det egna arbetet när det gäller mer brukar- och verksamhetsspecifika situationer och insatser. En positiv bieffekt av arbetet inom pilotverksamheten. Samtidigt är det viktigt att ha i beaktande att detta inte nödvändigtvis är något generaliserbart vare sig på målgrupps- eller verksamhetsnivå. Däremot kan konstateras att metodutveckling i den här formen också har öppnat upp för intern verksamhetsutveckling.

HANDBOK

En sammanhållen vårdprocess

Denna handbok utgår från att berörda verksamheter ska möjliggöra en sammanhållen vård för den enskilde individen och på så sätt skapa ett flöde i personens vårdprocess oavsett vilka mer specifika och individanpassade behandlingsinsatser den enskilde har. Nedanstående processbeskrivning utgår från fyra typer av ärenden där det finns såväl gemensamma som specifika delar i processen.

- Ny för båda verksamheterna
- Ny för en av verksamheterna
- Pågående/känd i båda verksamheterna
- SVU²-ärende



² Ärende som omfattas av lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Aktualisering

Ett nytt ärende kan inkomma till verksamheterna genom exempelvis egenremiss/remiss eller anmälan/ansökan. Samma ärende kan också aktualiseras i flera verksamheter och hos båda huvudmännen samtidigt. Det första övervägandet om behov av samordning görs redan i första kontakten med den enskilde. Men även i pågående ärenden är det viktigt att kontinuerlig göra övervägande kring behov av samarbete och samordning. Så hur uppmärksammar vi behov av samarbete?

- Ställ alltid frågan om vilka andra kontakter den enskilde har eller nyligen haft och i så fall vem/vilka
- Ställ alltid frågan om den enskilde har en önskan om/behov av kontakt med annan verksamhet och i så fall vilken/vilka och varför
- Utforska den enskildes behov vad gäller missbruk, social problematik samt psykisk och fysisk ohälsa

Inhämta samtycke

Huvudregeln för samarbete och samordning av insatser är att det ska ske genom samtycke från den enskilde. Det mest grundläggande när det kommer till samtycke är tydlighet kring vad den enskilde samtycker till och att samtycket kan återkallas när som helst under processen. Vid inhämtande av samtycke:

- Informera den enskilde om samtycke och möjligheten att återta det
- Specificera *vad* och *vilka* samtycket omfattar samt *tidsperiod*
- Samtycke och återtagande av samtycke (skriftligt eller muntligt) dokumenteras och hanteras enligt verksamhetsspecifika rutiner

Initiera gemensamt möte

Vilket möte vi ska ha avgörs av vilken typ av ärende det gäller. Finns pågående eller planerade insatser hos båda huvudmännen som behöver samordnas har möte för upprättande av en samordnad individuell plan (fortsättningsvis SIP) alltid företräde då detta är lagstiftat³. Är den enskilde ny för någon av, eller båda, verksamheterna ska GFI användas som mötesform. För mer ingående beskrivning av genomförande av dessa möten, se nedan under avsnittet ”Verktyg för samarbete och samordning”.

- Kallelse till möte för upprättande av SIP utgår från befintliga rutiner som finns samlade under på sidan för ”Samverkan vid SIP eller utskrivning från slutenvård”.⁴ Kallelse ska göras i Mina planer⁵.
- GFI-möte initieras genom telefonkontakt med berörd verksamhet. Fördelning av GFI-ärenden varierar mellan olika verksamheter och det är utifrån verksamheternas olika förutsättningar i dagsläget inte möjligt att ha en gemensam väg in. Varje verksamhet har ansvar för att respektive mottag eller reception ska ha kännedom om vem/vilka som fördelar GFI-ärenden.

³ Mer om SIP under avsnittet verktyg för samarbete och samordning (s 12)

⁴ <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/kommunsamverkan/samverkan-sip-utskrivning-slutenvard/>

⁵ Rutin för hantering av mina planer inom ASF:

<https://komin.malmo.se/download/18.7a166b7f1636ecdf2a4eb70/1526654574488/Rutin+f%C3%B6r+hantering+i+Mina+planer+inom+ASF.pdf>

Genomförande av gemensamt möte och beslut om nästa steg

Det fortsatta arbetet utgår från vad som framkommer och beslutas i samband med det gemensamma mötet och skiljer sig åt beroende på om det sker ett möte för upprättande av SIP eller ett GFI-möte.

Möte för upprättande av SIP:

- Arbeta vidare i enlighet med planen

GFI-möte:

- Vara behjälpligt med att lotsa vidare till annan verksamhet utifrån de behov som framkommit under mötet
- Inleda en sammanhållen kartlägnings-/utredningsprocess
- Där SIP upprättats i samband med GFI-mötet ska det fortsatta arbetet ske i enlighet med planen
 - Ärende öppnas i Mina planer för att kunna fylla i planen, samtidigt registreras ärendet
 - Meddelande om att SIP upprättats i samband med GFI skrivs in i Mina planer för att underrätta om att det inte finns behov av att kalla till möte för upprättande av SIP

Sammanhållen kartlägnings-/utredningsprocess

Syftet med en sammanhållen kartlägnings-/utredningsprocess är företrädesvis att i möjligaste mån undvika dubbelarbete i verksamheterna och framför allt att minska risken för att den enskilde ska behöva ”dubbelutredas”. Vilken form av samordning som är aktuell ska utgå från den enskildes behov och vad som är möjligt utifrån verksamheternas förutsättningar och interna rutiner. Det finns ett flertal alternativ för att samordna sjukvårdens kartläggningar och socialtjänstens utredningar:

- Genomföra en helt gemensam kartläggning/utredning
- Kartlägga/utreda under GFI
- Ta del av den andres kartläggning eller utredning som komplement till den egna vid gemensamma möten
- Utredning/kartläggning baserad på den andra verksamhetens kännedom och kunskap om den enskilde

Kartlägnings- och utredningsprocessen ska avslutas med upprättande av SIP när den enskilde har behov av samordnade insatser. Detta ska göras även om det under en period är främst den ena huvudmannen som har ett aktivt ansvar, exempelvis vid institutionsvård.

Samordnat arbete utifrån upprättad SIP

Hur arbetet ska se ut under denna fas utgår från den enskildes behov och vad som beslutats om i dennes SIP. Insatserna ska genomföras:

- I enlighet med de mål och den ansvarsfördelning som framkommer i planen
- I enlighet med den plan för avbrott som görs i samband med upprättande av planen
- I enlighet med plan för uppföljning och vid behov ska revidering av SIP ske

En SIP ska avslutas, när målen är uppfyllda och den enskilde inte har behov av samordnade insatser eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke.

Avslut

Det är av vikt att möjliggöra tydliga avslut av insatser och när så behövs få till fungerande övergångar till andra verksamheter. Under arbetets gång har det identifierats tre typer av situationer vid planerade avslut:

- Den enskilde ska avslutas i båda (alla) verksamheterna
- Den enskilde ska avslutas i någon/några av verksamheterna, men fortsätta i den andra verksamheten
- Den enskilde ska påbörja kontakt i annan verksamhet (övergång)

Ett avslut av hela eller delar av en sammanhållen vårdprocess ska ske när tidigare upprättade mål har uppnåtts, eller om enskilde brukaren själv väljer att avsluta insatsen tidigare. Detta ska göras i samband med ett gemensamt slutsamtal med:

- Uppföljning och avslut av SIP
- Plan för återupptagande av kontakt vid behov
 - Tydliggör möjligheten att ta förnyad kontakt med verksamheten
- Återtagande av samtycke

När den enskilde själv vill avsluta hela eller delar av insatsen alternativt återta ansökan eller egenremiss genomförs ett utforskande slutsamtal med fokus på skäl till avslut och eller återtagandet av ansökan/egenremiss.

Vid avslut med fortsatt kontakt i någon av verksamheterna ska det säkerställas målen i SIP är uppnådda alternativt att de är möjliga att uppnå inom ramen för den kvarvarande verksamhetens insatser. När den enskilde ska avslutas och insatserna ska ges i annan verksamhet sker avslut först när den nya kontakten är igång och fungerar. För att underlätta övergången för den enskilde bör den nya verksamheten medverka vid slutsamtalet.

Verktyg för samarbete och samordning

Det finns ett antal verktyg som kan underlätta för att samordna våra insatser. Övergripande kan sägas att det finns tre verktygslådor för samarbete och samordning:

- Verksamhetsspecifika och gemensamma planer
- Gemensamma möten
- Samordnad kartlägnings-/utredningsprocess

Verksamhetsspecifika och gemensamma planer

En form av verktyg i arbetet med målgruppen är de olika planer verksamheterna har att tillgå. Det är av vikt att använda de olika planerna på ett sätt som främjar den enskildes delaktighet i den egna vårdprocessen. SIP är det huvudsakliga verktyget för samordning. Det är dock en mer övergripande plan som behöver kompletteras med verksamhetsspecifika planer, som exempelvis vårdplan och genomförandeplan, etc. för insatser på mer detaljerad nivå. Därför är SIP den plan vi kommer att gå in på i handboken. Det är dock viktigt att ha i beaktande att SIP inte ersätter skyldigheten att upprätta andra lagstiftade mer verksamhetsspecifika planer.

Samordnad individuell plan (SIP)⁶

”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.” SIP är ett av våra verktyg och det är lagstadgat sedan 1 januari 2010 i både hälso- och sjukvårdslagen (16 kap 4 § HSL) och socialtjänstlagen (2 kap 7 § SoL). Bestämmelser kring SIP finns även i Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 januari 2018, och för psykiatri den 1 januari 2019. Den samordnade individuella planen är den enskildes plan.

Vid behov insatser från båda huvudmännen och som behöver samordnas ska den enskilde erbjudas en SIP. Arbetet med SIP ska påbörjas utan dröjsmål när behov av samordning identifierats. Planen kan inte upprättas utan samtycke. Om den enskilde inte vill ge sitt samtycke är det, om möjligt, viktigt att ha en dialog kring fördelar med samordning och tydliggöra varför de yrkesverksamma bedömt att behov finns. Den enskilde kan själv efterfråga en SIP och verksamheterna har då en långtgående skyldighet att tillmötesgå denne. Personal från någon av huvudmännen kallar då till möte för upprättande av SIP. Det är dock inte ovanligt att brukare upplever att de saknar eller har bristfällig kunskap om SIP.⁷ Detta samtidigt som verksamheterna har ansvar att informera målgruppen om möjligheten till SIP.

Även om huvudmännens insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen huvudman har rätt att besluta om samhällsstöd som någon annan huvudman ska tillhandahålla. En SIP behövs när:

- Samordning efterfrågas
- Kompetens behövs från fler verksamheter
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras
- När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd
- En individ ”bollas runt”

⁶ Läs mer: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/>

⁷ Brukarreferensgruppen inom FINSAM-insatsen integrerad verksamhet har tagit fram en enkel information då de såg befintligt informationsmaterial som krångligt och otillgängligt (se bilaga 1)

En SIP ska utgå från den enskildes behov och situation. Planen är inte ett mål i sig utan ett verktyg för att möjliggöra att brukaren får de insatser och det stöd hen behöver. Avbrott i insatser är en vanlig orsak till att glapp uppstår, därför är det av vikt att göra en tydlig överenskommelse kring hur dessa ska hanteras. En situation där det är av extra stor vikt att SIP upprättas är i samband med institutionsvård där sjukvården ska fortsätta med någon form av insats efter placering, inte minst viktig är det om den fortsatta insatsen inbegriper medicinering eller att utredning förutsätter drogfrihet. I den lokala överenskommelsen lyfts vikten av ett tätt samarbete och dialog i samband med HVB-placeringar samt kontinuitet i behandlingskontakt där ansvarig läkare i så stor utsträckning som möjligt har kvar kontakten med individen. Det innebär att en placering på HVB ska föregås av upprättande av en SIP med fokus på individens specifika behov.

Kort sagt kan sägas att en SIP ska svara på frågorna, *vad ska göras, vem ska göra vad och när ska det göras?*

Gemensamma möten

I arbetet med personer med komplex problematik förekommer många former av gemensamma möten och vi kommer här att mer ingående beskriva de mest användbara och hur de används för att möjliggöra en sammanhållen vård. Det huvudsakliga syftet med gemensamma möten är att kunna samordna våra insatser. De fyller dock ytterligare en funktion, att vi ökar kunskapen om varandras verksamheter och kompetenser. Något som ökar våra möjligheter att snabbare kunna bedöma vilka andra verksamheter som behövs för att den enskilde brukaren ska kunna få rätt hjälp med hela sin problematik.

Gemensamma möten där den enskilde medverkar bör, oavsett form av möte, avslutas med utvärdering med fokus på delaktighet. Ett alternativ för uppföljning är ett aktivt användande av på SIP-kollen⁸.

Möte för upprättande av SIP

Skälet till att vi lägger in detta under rubriken gemensamma möten är för att tydliggöra att *mötet är till för upprättande av planen*. När det gäller SIP är det vanligt att prata om SIP-möten där planen och mötet likställs oavsett om det är möjligt att upprätta en plan eller inte. Det förekommer även att SIP betraktas som ett användbart verktyg för att "tvinga" den andre att komma på möte. I syfte att komma igång med tidiga samarbeten används SIP som verktyg trots att det inte handlar om att samordna individens insatser utan i syfte att aktualisera personen i en annan verksamhet. Något som under utvecklingsarbetet definierats som ansöknings- och/eller överlämnings-SIP.

För patienter inom slutenvården gäller upprättade rutiner utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård⁹. Oavsett när i processen detta möte sker ska den som samordnar SIP ha ett *förmöte* med den enskilde för att ta reda på vad som är viktigt för hen att det diskuteras på mötet samt vilka aktörer som är viktiga att bjuda in. Förbered mötet för upprättande av SIP efter brukarens förutsättningar att genomföra detta.

Ett användbart verktyg vid möten för upprättande av SIP är mötescirkeln¹⁰ och som lämpligtvis kan gås igenom vid förmötet med den enskilde. Inventera även behov av eventuellt förmöte med de professionella och boka i så fall in ett sådant, se nedan under rubriken "Tjänstepersonmöten". Oavsett om det genomförs förmöten eller inte är det viktigt med ett noggrant förberedelsearbete

⁸ <https://sipkollen.se/sv>

⁹ <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/mina-planer/styrdokument-2018/rutin-samverkan-vid-utskrivning--reviderad-2018-06-05.pdf>

¹⁰ Om mötescirkeln: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/sip-mote/motescirke/>

Mötescirklar för utskrift: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/sip-mote/motescirke/skriv-ut-egna-motescirklar/>

för att möjliggöra kvalitativa möten för upprättande av SIP. Kartlägg vem som ansvarar för vad, och hur de kan nås (aktuella kontaktuppgifter) för att på så sätt öka chansen att rätt personer medverkar vid mötet, dvs personer som har någon form av beslutsmandat gällande de behov som ska tillgodoses.

Utöver en noggrann kartläggning från berörda aktörer och eventuella tjänstepersonmöten kan GFI-möten användas som ett kvalitativt förarbete till SIP.

Gemensamma förutsättningslösa informationsutbytesmöten (GFI)

Tidiga samarbeten är något som lyfts som en av de stora framgångsfaktorerna. För att kunna påbörja tidiga samarbeten även när det inte bedömts vara aktuellt med att upprätta en SIP har det i utvecklingsarbetet tagits fram GFI. En form av möten som möjliggör tidiga samarbeten i situationer där:

- Den enskilde brukaren behöver/vill ha mer kunskap om den andra verksamheten för att kunna ta ställning till eventuell kontakt
- Det finns inga insatser att samordna och det saknas tillräcklig kunskap om personens behov för att kunna bedöma om den egna verksamheten kan vara till hjälp

GFI är ett informationsutbyte *mellan minst tre aktörer* (den enskilde + två eller fler verksamheter). Berörda verksamheter ska representeras av de medarbetare som vid en eventuell aktualisering kommer att arbeta med den enskilde som därmed får möjlighet att träffa rätt personer direkt och slipper berätta om sin situation vid upprepade tillfällen. Utifrån att GFI grundas på att det är förutsättningslöst kan det leda till vitt skilda resultat. Detta ställer krav på de yrkesverksamma och de behöver ha förmåga till *flexibilitet* att kunna möta upp det som framkommer. Mötet ska präglas av öppenhet och vara:

- Informativt
- Utforskande
- Motiverande

Ett *informativt* möte syftar i detta sammanhang på att verksamheterna informerar om sina respektive uppdrag. Den enskilde brukaren får möjlighet till att få information på ett enkelt sätt utan att behöva aktualiseras innan hen tar ställning till att fortsätta med en ansökan eller egenremiss. Personen får möjlighet till en tydligare bild av vad verksamheterna har att erbjuda när det gäller såväl verksamhetsspecifika insatser som möjligheter till samarbete vilket ökar chansen till att hen har mer realistiska förväntningar vad eventuella insatser kan innebära. Genom att slippa aktualiseras innan mötet möjliggör det en avdramatiserad kontakt med den andra verksamheten och verksamheterna slipper aktualisera någon som ska avslutas mer eller mindre direkt.

Genom att kontinuerligt få ta del av information om den andra verksamheten ökar vår egna kunskap som möjliggör mer realistiska förväntningar på varandra. I förlängningen ger en sådan kunskapsökning en större träffsäkerhet i samarbeten, tex när vi ska kalla till möten för upprättande av SIP. I de fall utredning inleds från socialtjänsten kan detta möte ersätta det första informationsmötet i utredningsprocessen.

Mötet ska vara *utforskande* i relation till den enskildes behov. Genom sin utforskande inriktning möjliggörs en första bedömning av personens behov och om den egna verksamheten kan tillgodose personens behov/delar av personens behov.

Är bedömningen att behovet inte kan tillgodoses i den egna verksamheten ska personen informeras om vart hen ska kunna vända sig. Något som kräver att medarbetare från respektive huvudman har en övergripande kunskap om andra verksamheter i de egna organisationerna, och ett serviceinriktat förhållningssätt ("jag vet inte, men jag kan ta reda på"). Vid behov ska den enskilde erbjudas hjälp för att komma rätt och det är viktigt att utforska noggrant vad hen behöver för att kunna göra detta (ta reda på kontaktuppgifter, hur aktualisering går till, hjälpa till i kontakten, osv. osv.).

GFI ska **inte** ersätta möten för upprättande av SIP. Däremot kan det i samband med GFI-möte visa sig att det är möjligt att upprätta en SIP och då **ska** detta göras. Förutsättningen för att SIP ska upprättas i samband med GFI är att de verksamheter vars insatser ska samordnas är representerade vid mötet och att de som medverkar har mandat att besluta om de insatser som ska samordnas.

Folke är i 40-årsåldern och har ett alkoholberoende. Han har sedan några år tillbaka till och från varit aktuell på beroendemottagningen för antabus-medicinering och på socialtjänsten för ett flertal LVM-utredningar. Vid de tillfällen Folke varit aktuell i båda verksamheterna samtidigt har det funnits ett visst samarbete. Folke har nu endast kontakt med sjukvården och det är för tillfället inte aktuellt att göra en LVM-anmälan. Ansvarig sjuksköterska uppmärksammar dock att Folkes missbruk eskalerar och blivit mer destruktivt.

För att förebygga att det inte ska bli än mer allvarligt föreslås till Folke att de ska boka in ett GFI-möte med socialtjänsten, vilket Folke samtycker till samtidigt som han är osäker på om han vill ha några insatser från socialtjänsten. Hans tidigare socialsekreterare kontaktas för att boka in ett möte. Folke uteblir dock från detta möte, men utifrån bådadas tidigare kunskap om hur Folkes missbruk många gånger eskalerat och lett fram till LVM-anmälningar och utredningar bestäms att han ska få ytterligare en tid för GFI. Han uteblir även från detta möte och går inte heller att nå.

Efter en tid kommer Folke spontant till mottagningen och är då i ett mycket dåligt fysiskt och psykiskt skick. I stället för att direkt hänvisa Folke till akuten kontaktar sjuksköterskan hans socialsekreterare som har möjlighet att komma direkt och det tidigare planerade mötet genomförs. Under mötet är det uppenbart för alla, inklusive Folke, att han är i behov av omedelbara insatser och att enbart öppenvårdskontakt inte är tillräckligt. Utifrån tidigare kännedom om Folke bedöms alternativen vid det aktuella tillfället stå mellan LVM eller frivilliga insatser. Socialsekreterare kontaktar därför sektionschef för beslut om institutionsvård och det är utifrån detta möjligt att arbeta vidare med en gemensam planering i form av frivilliga insatser. Eftersom Folke själv vill ha insatser både från socialtjänsten i form av institutionsplacering och via beroendemottagningen i form av fortsatt antabus-medicinering och stödkontakt görs det under mötet upp en gemensam plan för vilka insatser respektive verksamhet ansvarar för, samt hur återkopplingen till beroendemottagningen ska se ut för att det inte ska bli något glapp mellan placering och den fortsatta öppenvårdskontakten under mötet en SIP. Planen skrivs in i Folkes journal och när

han söker vård på Beroendecentrums akut inför sin institutionsplacering framkommer planeringen tydligt.

Folke söker sig samma dag själv till akutmottagningen och erhåller inläggande avgiftning under fem dagar tills han påbörjar institutionsvård.

När det gäller Folke kan konstateras att det å ena sidan tydligt illustrerar hur det i samband med ett GFI blir möjligt att upprätta en SIP. Samtidigt är det utifrån båda verksamheternas tidigare kännedom om och kontakt med Folke värt att reflektera över om det snarast skulle ha kallats till möte för upprättande av SIP direkt. Bedömningen att välja GFI baseras på att Folke själv var osäker på om han ville ha kontakt med socialtjänsten och än mindre göra upp en gemensam plan i det första skedet. När situationen sedan blir mer akut samtidigt som det är möjligt att genomföra ett gemensamt möte får också GFI-mötet en mer LVM-förebyggande roll.

När det gäller GFI-mötet med Folke fick det i viss utsträckning funktionen av ett utredande möte. Dock baserades detta på tidigare kännedom och att han varit aktuell för ett flertal LVM-utredningar. Rent generellt är ett sådant möte inte tillräckligt för att inhämta information som möjliggör en mer ingripande och omfattande behandling. Om det i samband med GFI beslutats om att gå vidare med kartläggning/utredning görs en gemensam plan för att möjliggöra en sammanhållen kartlägnings-/utredningsprocess.

Tjänstepersonmöten

Här avses möten gällande enskilda brukare med berörda medarbetare där samtycke har inhämtats och de kan vara i form av fysiska möten såväl som telefonkontakt.

Tjänstepersonmöten ska vid behov användas som förberedelse inför möte för upprättande av SIP samt inför GFI och för gemensam reflektion efter mötets genomförande. Det finns tillfällen när de är särskilt viktiga. I situationer där verksamheterna inte är eniga vad gäller ansvar kring insatserna behöver frågorna om möjligt lösas innan mötet. Alternativt att planen upprättas så långt det går och ny tid för slutförande bokas snarast möjligt. Detta för att den enskilde brukaren ska slippa utsättas för meningsskiljaktigheter med risk för att personen ska uppleva att hen är ett problem för och/eller inte är önskvärd i verksamheten. I den lokala överenskommelsen framkommer att eventuella meningsskiljaktigheter mellan huvudmännen ska lösas skyndsamt med den enskildes bästa i fokus.

I frågor gällande betalningsansvar ska det alltid genomföras ett tjänstepersonmöte. I den lokala överenskommelsen, under avsnittet om placering på institutioner och boenden, står ”om huvudmännen gör bedömningen att det ska ske en kostnadsfördelning ska detta klargöras i ett separat tjänstepersonmöte där personer med beslutsmandat deltar”¹¹.

Det finns också situationer där det utifrån den enskilde brukarens behov och problem är viktigt att överväga möjligheten till tjänstepersonmöten. Finns det kunskap och erfarenhet som gör att det bedöms finnas en utökad risk för att de medverkande medarbetarna under mötet kommer att ställas emot varandra ska tjänstepersonmöte föreslås. Detsamma gäller när det finns ett tydligt behov av att skapa trygghet och tydlighet för den enskilde genom att ha en sammanhållen linje under mötet.

¹¹ Lokal överenskommelse, s 9

Konsultativa möten

När det gäller konsultativa möten finns det olika former. Dels kan konsultation ske kring enskilda individer när samtycke finns. När samtycke saknas är konsultation kring specifika situationer och/eller avidentifierade ärende ett användbart verktyg för att både öka kunskapen kring personens behov men är också till hjälp för den enskilde medarbetaren i arbetet med att motivera till lämpliga insatser.

Konsultation kan ske genom att det finns avsatt tid och sammanhang för konsultation. Den kan även vara spontan och enkel där vi tar tillvara på tillfällen där vi ändå har kontakt med varandra. Konsultativa möten kan ske i form av fysiska möten och per telefon. I undantagsfall kan den göras skriftlig men då bara när det gäller konkreta frågor för att undvika missförstånd.

Konsultativa möten/kontakter bör också användas i situationer där en LVM-anmälan övervägs, men inte är självklar. Saknas samtycke är det av vikt att beskriva situationen tydligt och samtidigt avidentifierat. På så sätt möjliggörs en gemensam bedömning av behovet av anmälan.

Samordnad kartläggnings- och utredningsprocess

Verktyg för att utforska, identifiera och bedöma den enskildes problematik och behov har olika namn beroende på verksamhet. I handboken används begreppen kartläggning och utredning för att beskriva detta, även om det finns andra benämningar i andra verksamheter. När det gäller exempelvis neuropsykiatriska och andra psykiatriska utredningar är själva utredningen en form av verksamhets-specifik insats.

En av de vanligare situationerna för dubbelarbete är i samband med socialtjänstens utredning/sjukvårdens kartläggning. Förutom ett ineffektivt användande av våra samlade resurser innebär detta också att den enskilde i mycket stor utsträckning behöver genomgå dubbla kartläggningar/utredningar. Därför finns ett värde i att prioritera möjligheten till utveckling av former för att kunna samordna arbetet.

Det är inte möjligt att ta fram *en* gemensam kartläggnings- och utredningsprocess utan det viktiga är att tidigt, företrädesvis i samband med GFI, göra en gemensam plan för hur dessa ska samordnas. Nedanstående är en beskrivning av de i olika grad samordnade processer som prövats inom ramen för pilotverksamheten som illustration på bredden av möjligheter att samordna verksamheternas kartläggningar/utredningar.

Gemensam kartläggning/utredning

Detta kan göras när den enskilde är ny för båda verksamheterna och bygger på att samtliga möten görs gemensamt. Dokumentation av kartläggning och utredning görs i respektive verksamhet. Syftet är ett gemensamt utforskande, där dialogen före och efter mötena möjliggör betydligt bättre bedömningar.

Denna form av sammanhållen kartläggnings-/utredningsprocess är särskilt användbar i de fall det finns otydlighet kring den enskildes behov och det finns behov av fler kompetenser för att göra en kvalitativ bedömning.

Kartlägga/utreda under GFI-möten

Syftet med GFI är i sig *inte* att kartlägga/utreda. Samtidigt kan dessa möten genom sin utforskande inriktning ibland ge tillräckligt med information för beslut om nästa steg. Det kan handla om att det efter GFI är möjligt för socialsekreterare att besluta om insatser som hen har delegation att besluta om. Eller där det som framkommer under GFI-mötet är tillräckligt för att utgöra underlag för beslut om fortsatta insatser inom sjukvården.

Delar av processen gemensamt

Här avses i första hand informationsutbyte genom att använda redan tillgängligt och aktuellt kartläggnings-/utredningsmaterial och framför allt att använda varandras kunskap och kännedom om personen som *hjälp i bedömningen*. Ett eller flera gemensamma möten för informationsutbyte tillsammans med den enskilde är att föredra, även om det är möjligt att med personens samtycke göra detta i form av tjänstepersonmöte. Se även nedan angående att ersätta delar av ASI.

Detta kan också ske genom att medarbetare inom sjukvården medverkar vid ASI-återkoppling och på så sätt få information till den egna kartläggningen.

Kartläggning/utredning baserad på den andres kunskap

Denna form av process kan användas gällande personer med tydligt behov av insatser samtidigt som båda verksamheterna bedömare att personen inte klarar att medverka till kartläggning/utredning. Processen ska inledas vid ett gemensamt möte med tydliga överenskommelser kring vilken information som får lämnas ut och vilken information som behövs för att kartläggningen/utredningen ska kunna leda fram till en insats.

- Den verksamhet som ska lämna information ska ha omfattande (tillräcklig) information om personen
- Ansvarig tjänsteperson lämnar en skriftlig sammanfattning av kontakt, problematik och behov som underlag till den andres kartläggning/utredning
- Kan i vissa fall ersätta delar av en ASI, som exempelvis psykisk ohälsa, där den enskilde inte kan/vill medverka till just den delen och den andra verksamheten har omfattande kunskap kring detta område

Sascha 53 år har sedan tidigt tonår haft ett alkoholmissbruk, men har inte haft något stöd eller behandling för detta. Hen har en stark misstro mot både sjukvården och socialtjänsten. Dessutom har Sascha flyttat runt mycket och har också en historik av att inte fullfölja påbörjade vårdkontakter.

Efter att Sascha haft inneliggande vård aktualiseras hen på beroendemottagningen. Trots sin misstro mot vården kommer Sascha igång med en regelbunden kontakt med kurator för stöttande och motiverande samtal. Hen påbörjar också en mer specifik behandlingsinsats som dock får avbrytas då Sascha på grund av sin höga alkoholkonsumtion inte kan ta till sig insatsen. Däremot fortsätter de motiverande samtalen. Trots stödet från beroendemottagningen blir Sashas alkoholmissbruk alltmer omfattande och allvarligt. Kuratorn har sedan kontaktens start försökt uppmana Sasha till att söka stöd även från socialtjänsten. Först efter närmare ett halvårs kontakt 2018 går Sasha med på att träffa socialtjänsten för att "i alla fall" höra vad de kan erbjuda. Ett GFI-möte genomförs där hen ansöker om stöd via socialtjänsten.

Under mötet samtycker Sasha till att socialtjänsten och beroendemottagningen samarbetar i ärendet. Sasha kommer sporadiskt till möten på socialtjänsten, hen är vid besöken för berusad för att det ska vara möjligt att genomföra en ASI-intervju. Utifrån kunskapen om Sashas historik av att inte fullfölja kontakter och framför allt hens svårigheter att etablera kontakt, i kombination med att hen haft

en regelbunden kontakt under ett halvår, görs en överenskommelse med Sascha och kuratorn. Denna innebär att kuratorn gör en skriftlig sammanställning av deras kontakt, samtliga provsvar samt kuratorns bedömning kring Saschas stödbehov. Socialtjänstens bedömning är att det inte är möjligt att fortsätta försöka få till utredande samtal med Sascha samtidigt som det finns ett omfattande underlag från beroendemottagningen som påvisar ett stort behov av en mer omfattande behandling som under tiden blir allt mer akut. Det beslutas att det finns ett tillräckligt underlag för att bevilja Sascha en längre tids institutionsvård. Hen påbörjar behandlingen som nu är pågående och mycket välfungerande. Det finns en aktiv dialog mellan socialtjänsten och beroendemottagningen för att gemensamt kunna planera inför kommande utskrivning.

Kunskapsinhämtning

Detta är inte en form av sammanhållen kartläggningsprocess, men det är viktigt att reflektera över möjligheten att inhämta information från varandra i samband med utredning/kartläggning.

- Förutsätter samtycke till informationsinhämtning
- En möjlighet även kring dem som nyligen har avslutats
- Som underlag vid LVM-bedömning

SAMVERKAN OCH SAMARBETE

Varför ska vi samarbeta?

När det gäller samarbete och samverkan behöver det beaktas ur olika perspektiv för att kunna svara på frågan om varför. Utifrån missbruks- och beroendevårdens organisering och målgruppens komplexa problem och behov av helhetsperspektiv finns ett tydligt behov av samverkan. Dessutom det inte valbart då det också finns lagstiftning kring samverkan. Vi *måste* alltså samverka, samarbeta och samordna våra insatser.

Sedan den första juli 2013 är det lagstadgat i både socialtjänstlagen (5 kap § 9 SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (16 kap § 3 HSL) att kommun och landsting är skyldiga att ha en överenskommelse i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar). Det finns en regional överenskommelse mellan Region Skåne och Skånes kommuner som 2015 antogs av Kommunförbundet Skånes styrelse, Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd samt Kommunstyrelsen i Malmö stad. Sedan 2018 finns en lokal överenskommelse mellan Malmö stad och Region Skåne. Sedan första januari 2018 finns även lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för den somatiska vården och från första januari 2019 omfattas psykiatri, med undantag av tvångsvård, av denna.

Utöver detta är ett av våra samverkansverktyg – Samordnad individuell plan (SIP) – lagstadgat. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015) finns ett antal centrala rekommendationer som bedöms särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen menar att det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård, hälso- och sjukvårdens psykiatri och beroendevård samt primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. I den lokala överenskommelsen är viljeriktningen att huvudmännen inom ramen för det egna ansvarsområden och målgruppens behov ska använda de metoder som rangordnas högt i de nationella riktlinjerna.

En fragmenterad vård

Våren 2013 genomfördes i Malmö en förstudie gällande en integrerad mottagning och som varit en del av underlaget i ansökan gällande IV. I denna framkommer att ”de personer som har ett omfattande behov av hjälp och där hjälpbehovet berör flera delar av livet, verkar vara de som hänvisas vidare till andra verksamheter mest”. Grupper och individer med behov av ett samlat grepp om insatser, och en helhetslösning, har svårare att få hjälp i vår tids specialiserade hjälpsystem. Något som ofta benämns som att någon ”faller mellan stolarna”. Mats Tyrstrup använder begreppet *organisatoriska mellanrum* för att beskriva detta. Det vill säga när samordningen av aktiviteter uteblir eller misslyckas, oavsett om det handlar om missar internt i en organisation eller mellan olika organisationer. ”Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när en persons, grupp eller organisations ansvar, befogenheter, ambitioner, kompetens, information etcetera tar slut utan att någon annan persons, grupp eller organisations tar vid”. I mellanrummen hamnar de och det som inte passar in i det som vi har en organiserad beredskap att möta. För att överbygga de organisatoriska mellanrummen behövs samordning. En försvårande faktor är, enligt Tyrstrup, ett vanligt tankefel där välfärdens organisationers storlek förväxlas med att arbetet är eller kan vara storskaligt, när det egentligen handlar om ett hantverk. En annan faktor som komplicerar är att ansvarsgränser och organisationstillhörighet inte alltid stämmer överens med behov av ett samordnat agerande i det enskilda fallet.

I en presentation av Berth Danemark framkommer att specialiseringstrenden märks tydligast inom barnvården och missbruksområdet, där åtta av tio klienter kommer i kontakt med specialiserade enheter¹². Detta är verksamheter som ska möta upp en målgrupp med behov inom

¹² Berth Danemark, bild 4 <https://www.skaraborg.se/globalassets/kurser/ppt-baskurs/samvframjhindrfaktpernillamagnusson.pdf>

flera livsområden. Det finns vinster med specialiserade verksamheter, inte minst vad gäller kompetens och erfarenhet. Men det finns även förluster där personer som redan har stora primära problem och är beroende av mycket resurser, i kontakten med hjälpsystemet riskerar ytterligare problem. När de olika verksamheterna inte lyckas möta upp den enskildes behov är risken stor att individen återkommer och söker hjälp för samma eller liknande problem. Det uppstår vad som kallas *failure demand* eller *onödig efterfrågan*¹³.

Varför kommer de tillbaka?

Under 2010 – 2014 gjordes det mångbesökarkartläggningar inom missbruks- och beroendevården i 6 län som sedan sammanställts och analyserats av Åsa Bringlöv, FOU Södertörn. En mångbesökarkartläggning är en metod för systematisk kartläggning och analys av vård och omsorg ur både individ- och systemperspektiv. Syftet med metoden är att få en helhetsbild av det sammantagna resultatet av den enskildes hela vårdprocess, hur verksamheterna använder de samlade resurserna men också hur individerna uppfattar att insatserna motsvarar de egna problemen och behoven.

Vilka är då mångbesökarna?

Mångbesökare är i detta sammanhang personer med komplexa problem och behov, där ett tungt missbruk/beroende är en del i problematiken. Det är personer med omfattande behov av samordnade insatser från flera olika vårdgivare och som vid flera tillfällen återkommer till missbruks- och beroendevården. Eftersom vi har svårt att vara till hjälp inom ramen för våra verksamheter blir det en grupp som tar stora resurser i anspråk. Mångbesökarna är en liten grupp som får mycket hjälp, men inte rätt hjälp.

Vad visade kartläggningarna?

Kartläggningarna visar på brister inom ett antal områden som i stor utsträckning kan ses hänga ihop med den fragmenterade och specialiserade vård som verksamheterna enskilt har att erbjuda. Avsaknaden av helhetsperspektiv avspeglas både vad det gäller bedömning av behov och vid insatser.

De **insatser som erbjuds svarar inte mot individens behov och sammansatta problem**. Det finns ett tydligt verksamhetsfokus där vård och stöd snarare utgår från befintliga insatser än från individens behov. Lösningarna är ofta kortsiktiga där insatserna var för sig många gånger hanterar symptom eller enskilda problem, vilket inte bidrar till en långsiktigt hållbar lösning för individen. Det kan också innebära att vi arbetar i parallella processer där insatserna inte hänger ihop. Något som leder till att vi riskerar en ständig upprepning av insatser. Den enskilde har svårt att få samtidig hjälp med sina grundläggande problem som exempelvis psykisk ohälsa, sysselsättning, ekonomi, boende etc. då fokus ofta riktas mot drogfrihet/nykterhet. Något som leder till ett mönster där andra behandlings- och stödinsatser skjuts upp i väntan på stabil drogfrihet/nykterhet.

Det finns en **bristande kontinuitet i vården** där arbetet utgår från ett problem i taget. Det uppstår en väntan på nästa steg när en insats avslutas och ingen annan tar vid. Något som riskerar leda till såväl avbrott under insatser som att glapp uppstår mellan olika insatser. Vilket i sin tur innebär en risk för att den enskilde återfaller i missbruk och verksamheterna behöver börja om från början.

I kartläggningarna identifierades ett antal **kritiska situationer**. Några av de mer vanligt förekommande är:

¹³ Bringlöv s 15

- Övergångar
- Glapp
- Avbrott
- Upprepningar

När det gäller övergångar till andra verksamheter läggs ansvaret för att den nya insatsen ska komma igång på den enskilde. Det kan handla om att remittera och/eller hänvisa till annan verksamhet utan att följa upp hur det går. Något som många gånger görs utan att noggrant utforska personens förmåga att ta det ansvaret.

Beredskapen för att hantera avbrott i insatser är bristfällig, vilket i sig riskerar leda till glapp som i sin tur riskerar leda till återfall. I kartläggningarna framkom att detta innebar olika former av upprepningar med framför allt återkommande akutbesök, avbrutna avgiftningar, insatser utan uppföljning och eftervård. Som i sin tur ledde till återfall med efterföljande akutbesök, avgiftningar, frivilliga insatser och så vidare. Vilket innebär att vi får en situation med:

- Ett bristande samspel mellan olika ansvarsgränser och insatser där oklarheter gällande ansvarsförhållanden leder till brister i utförande av viktiga insatser (de utförs inte, de utförs i fel ordning eller på fel sätt)
- Fragmenterade insatser (många men sällan koordinerade och anpassade till individens helhetssituation)
- Bristande individfokus (ingen samlad översikt av problem och behov, tidigare insatser och planering)
- För lite fokus på förebyggande insatser (akutstyrt arbete och reaktion på skador som redan uppstått)

Detta är givetvis problematiskt ur ett brukarperspektiv då målgruppen inte får den hjälp och det stöd de behöver. Men det är också problematiskt ur verksamhets- och organisationsperspektiv, och inte minst ur ett samhällsperspektiv då bristen på kontinuitet driver upp kostnaderna för missbruksvården. Vi har också en fragmenterad styrning och ersättning, med ingen eller bristande kontroll av kostnader på individnivå, där fokus ligger på ersättning per insats istället för samordnad och individanpassad samverkan kring insatser. Vi får en vård som bidrar till att driva upp kostnaderna genom upprepningar av ett mönster med dyra akuta och intensiva kortsiktiga insatser.

En större kontinuitet bör därför kunna frigöra resurser som kan användas på ett långsiktigt mer meningsfullt och hållbart sätt. Genom att utgå från individens livssituation och förmågor i bedömningar och utformning av insatser, metoder och arbetssätt är det möjligt att bedriva en öppenvård som på sikt gör att kostsamma insatser inom akut- eller slutenvård kan minska i omfattning eller undvikas. Även om ett mer effektivt användande av våra resurser är viktigt i ett ekonomiskt perspektiv så finns även andra aspekter. Genom att göra rätt saker skapar vi också förutsättningar för medarbetare att känna att de gör ett bra jobb vilket är nog så viktigt. Och framför allt, genom mer långsiktighet med fokus på en sammanhållen vård med rätt insatser vid rätt tillfälle möjliggörs en missbruks- och beroendevård som innebär mindre personligt lidande och högre livskvalitet för den målgrupp som varit i fokus för mångbesökarkartläggningarna. Det vill säga, vi *behöver* samverka, samarbeta och samordna våra insatser.

Vad har vi sett under metodutvecklingsarbetet?

Kort sagt kan sägas att utvecklingsarbetet inom ramen för pilotverksamheten har handlat om ta fram en modell som möjliggör en sammanhållen vård med ett helhetsperspektiv med

utgångspunkt i den enskildes behov inom olika livsområden. Genom att vi kommer överens om såväl mål, ansvarsfördelning, när i tid vad görs och så vidare så ökar chansen att den enskilde brukaren får rätt hjälp vid rätt tillfälle, där våra samlade insatser kommer i rätt tid.

För att utveckla en modell som möjliggör en sammanhållen vård för den enskilde har det i utvecklingsarbetet funnits en stor medvetenhet om, och fokus på att överbrygga, två välkända huvudproblem, dubbelarbete och glapp. Båda är en effekt av att vi arbetar med personer i parallella processer som i bästa fall leder till ett dubbelarbete där vi använder våra resurser på ett ineffektivt sätt där den enskilde riskerar att inte få tillgång till hela bredden av insatser. I sämsta fall är risken att insatserna drar åt olika håll och motarbetar varandra.

När det gäller dubbelarbete kan det se ut på många sätt, det kan handla om att vi rent faktiskt arbetar med mer eller mindre samma sak, det kan handla om att ge snarlika insatser. En av de vanligare situationerna för dubbelarbete är i samband med socialtjänstens utredning/sjukvårdens kartläggning.

Socialtjänsten får en LVM-anmälan från slutenvården som samtidigt remitterar Robin till beroendemottagningen. LVM-utredning inleds. I ett relativt tidigt skede av kontakten med utredande socialsekreterare uttrycker Robin att hen vill ha hjälp och att hen även gjort en egenremiss till beroendemottagningen. Utifrån detta gör socialsekreteraren en ASI-intervju och medarbetare på beroendemottagningen erbjuds att medverka vid ASI-återkoppling får att på så sätt få tillgång till information i kartläggningssyfte.

Robin har då, enligt verksamhetens rutiner, redan kallats till beroendemottagningen för kartläggningssamtal några veckor senare.

Båda verksamheterna genomför separata utredningar/kartläggningar och Robin lämnar likartad information vid två separata tillfällen.

Förutom ett ineffektivt användande av våra samlade resurser innebär detta också att den enskilde i mycket stor utsträckning behöver genomgå dubbla kartläggningar/utredningar. Många i den målgrupp som är i behov av insatser från flera aktörer har dessutom ofta med sig ett stort antal kartläggningar och utredningar sedan tidigare. Något som tydligt illustreras av att den första punkt som brukarreferensgruppen tog fram till sitt förslag till SIP-information var:

- Är du trött på att upprepa din historia om och om igen?

En annan form av dubbelarbete, och som dessutom riskerar att bli kontraproduktivt, är när individen själv tar initiativ till flera likartade kontakter. Främst i form av samtalskontakt i öppenvård. Något som blir möjligt när samordning och samarbete saknas och den enskilde upplever att hen inte får hjälp. Genom det nära samarbetet i pilotverksamheten har det identifierats situationer där det varit möjligt att tydliggöra vars och en specifika uppdrag när personen haft många kontakter. Men även situationer där det blivit tydligt att den enskilde haft *för många* kontakter, där hjälpen blivit otydlig, och det dessutom bedömts att någon eller några kontakter behövt avslutas för att skapa tydlighet.

När det gäller glapp kan de uppstå i många olika situationer. Vanligast är att glapp uppstår när insatser av någon anledning avbryts och det saknas plan för avbrott, både internt i verksamheterna och gemensamt. Avsaknad av plan för avbrott innebär också att det saknas en plan för återkoppling till den andra verksamheten. Något som kan få till effekt att personen inte fångas upp ens i den verksamhet hen ska vara fortsatt aktuell.

Det kan även handla om att vi inleder samarbete för sent där insatserna inte länkas ihop och det saknas en gemensam plan och just därför ofta brister i återkoppling. Återkoppling kan handla om allt från datum för utskrivning till hur behandlingen fungerar, det vill säga sådant som är av betydelse för att den andres insatser ska fungera och komma i rätt tid.

I den lokala överenskommelsen lyfts vikten av ett tätt samarbete och dialog i samband med HVB-placeringar samt kontinuitet i behandlingskontakt där ansvarig läkare i så stor utsträckning som möjligt har kvar kontakten med individen. Inte minst gäller detta när individen har behov av medicinering över tid. Det förekommer att den enskilde får medicinering genom behandlingshemmets läkare som inte är möjlig, eller inte bedöms som lämplig, att fortsätta med på hemmaplan. Något som kan försvåra en mer långsiktig och sammanhållen vård.

Kim har kontaktat beroendemottagningen och vill ha hjälp för sin ADHD, helst medicinering. Hen har ingen diagnos. Bedömningen som gjorts är att hen bör genomgå en utredning. För att denna ska kunna genomföras behöver Kim vara drogfri. Hen har själv ingen uttalad vilja att vara drogfri, men kan tänka sig att vara det under en period för att kunna göra en utredning. Under en period har Kim kontakt med mottagningen för insatser riktade mot drogfrihet. Något som inte fungerar och det konstateras att Kim inte klarar att bli drogfri i öppenvård.

Socialtjänsten kallas till möte för upprättande av SIP där Kim ansöker om vård på behandlingshem. I Kims SIP framgår att hen har ansökt om behandling och att socialtjänsten ska genomföra en utredning, samt att Kim kommer att kallas till mottagningen för att påbörja sin utredning när hen är drogfri efter genomförd institutionsbehandling.

Efter att socialtjänsten genomfört sin utredning beviljas Kim en HVB-placering.

Det saknas en gemensam planering för hur kontakten ska se ut under placeringen. Det saknas en gemensam plan för hur verksamheterna gemensamt ska kunna vara till hjälp för att Kim ska kunna genomföra den planerade ADHD-utredningen. När Kim kommer hem har hen ingen bokad tid på mottagningen och tar inte själv kontakt. Socialsekreteraren kontaktar kort därefter mottagningen och får information om att kallelse har skickats till Kim.

Kim återfaller dock tämligen omgående i missbruk, avbryter uppföljningskontakten med socialtjänsten och kommer inte till beroendemottagningen på den tid hen är kallad.

Under arbetets gång har konstaterats att det finns fler än en Kim eller varianter av Kim och att Kim är en av dem som kommer tillbaka.

Ovanstående exempel på både dubbelarbete och glapp är inga ovanliga situationer. Det är så det kan se ut när det brister i samordning av våra insatser. Det handlar sällan om att någon eller några gör fel. Arbetet med målgruppen utgår från verksamhetsspecifika rutiner och riktlinjer, från verksamheternas uppdrag och mer specifika insatser och behandlingsmetoder och ska så göra. För att erbjuda en kvalitativ vård med en variation av insatser är det viktigt att såväl verksamheter, yrkeskategorier och enskilda medarbetare får göra det de är bäst på. För att möjliggöra en individanpassad kvalitativ vård som utgår från den enskildes behov av hjälp inom flera livsområden behöver vi samarbeta och samordna våra insatser och erbjuda en sammanhållen vård.

Tidiga samarbeten är något som under arbetet med IV som helhet identifierats som en framgångsfaktor för att möjliggöra både fungerande samverkan och därigenom en sammanhållen vård. Även i samband med ärendegenomgångar inom ramen för pilotverksamheten blev det i många fall tydligt att det gemensamma arbetet skulle påbörjats i ett tidigare skede för att möjliggöra en sammanhållen vård. Samtidigt kunde det parallellt med detta urskiljas ett mönster där både SIP i ett alltför tidigt skede och LVM-anmälningar många gånger användes som ett verktyg för att säkerställa att den enskilde aktualiserades hos den andra huvudmannen. Utifrån detta började medarbetarna i piloten att mer aktivt arbeta för att få till tidiga gemensamma träffar, även i de fall där det inte gick att bedöma om personen skulle aktualiseras i båda verksamheterna. Något som utvecklades till GFI-möten. Verktuget har visat sig effektivt i syfte att få till tidiga samarbeten, men har också möjliggjort att personer som inte behöver aktualiseras i den egna verksamheten kunnat få stöd i att hitta rätt kontakter. Och framför allt har de gjort det möjligt att informera och motivera personer som har behov av kontakt med den andra verksamheten men som av någon anledning är tveksamma eller ibland även negativa, genom att inte behöva aktualiseras och registreras.

Under arbetets gång har det vid ett stort antal tillfällen visat sig att vi inte alltid förstår varandra trots att vi tror det. Vi använder samma ord för att beskriva olika saker, vi använder olika ord för att beskriva samma sak. Medarbetarna i piloten har arbetat att ta fram en ordlista som ett led i att minska denna begreppsförvirring. Eftersom den samordnade processen berör både olika arbetsmetoder, rutiner och verksamheter skulle en sådan ordlista bli alltför omfattande och ändå riskera att missa viktiga begrepp. För att hantera denna begreppsförvirring är det därför viktigast att ha en öppen och tillåtande kommunikation, där det är både accepterat och självklart att fråga.

En av de större utmaningarna inom piloten har varit att få till en hög grad av samarbete i tidigt skede samtidigt som det funnits interna rutiner som försvårat detta. Robin som beskrivs ovan är ett sådant exempel. Det har också uppstått diskussioner kring ansvarsfrågor och då främst huruvida en enskild individ ska tillhöra den egna verksamheten eller ej. Det vill säga ett bollande i det organisatoriska mellanrummet. Medarbetarna i pilotverksamheten har aktivt fått balansera mellan det verksamhetsspecifika och individens behov av helhetslösningar. Samtidigt kan konstateras att det i piloten trots detta varit förhållandevis enkelt inom dess ramar där medarbetarna har skapat en trygg och tillåtande arbetsmiljö i kombination med att de haft i uppdrag att testa fram en arbetsmodell.

Den svåra konsten att samarbeta

För att möjliggöra en sammanhållen vård behövs samordning av insatser. För att kunna samordna behöver vi kunna samverka och samarbeta. På K2¹⁴:s hemsida står att läsa, ”*samverkan är ingen picknick och ändå är den ofta helt nödvändig*”. Samverkan och samarbete kräver något av oss. Organisationerna och verksamheterna behöver både ha beredskap för och vara möjliggörare för samverkan och de enskilda medarbetarna behöver samverkanskompetens. ” För att samverkansarbetet ska fungera måste aktörerna veta *hur* man samverkar och inneha samverkanskompetens. Kompetensen bygger på ett genuint intresse, nyfikenhet, lyssnande och prestigelöshet. Samverkansaktörerna behöver vara beredda på att tillägna sig ny kunskap, dela med sig av sin kompetens och vara nyfikna på med vad och hur andra kan bidra.”¹⁵

K2 har tagit fram ”10 tips till dig som vill samverka”¹⁶ och som berör både organisatoriska faktorer och individer.

1. En gemensam målbild är en grundförutsättning, likaså delad förståelse av gemensamma nyttor, förtroende, engagemang i processen och stegvisa resultat.
2. Se till att alla berörda organisationer är involverade tidigt och etablera klara regler för samverkan mellan olika organisationer.
3. Se till att "svåra frågor" kommer på bordet tidigt; skapa till exempel klarhet över vem som betalar för vad.
4. Varje organisation behöver tydliga interna mål och skapa en tydlighet om ansvar mellan enheter eller avdelningar.
5. Du och din organisation behöver vara kompromissvillig och var med och skapa bra förutsättningar för kommunikation och förståelse.
6. Konflikter mellan era olika organisationers mål, synsätt och sätt att arbeta är en naturlig del av samverkan.
7. Samverkande kan kräva mycket resurser för en organisation och det kan även vara jobbigt för de personer som företräder organisationerna.
8. Det är en utmaning att både bevaka den egna organisationens intressen och samtidigt bidra till att samverka i god anda.
9. Tänk på att alla organisationer bär med sig olika saker i sin form och historia.
10. Tillit växer långsamt, ha tålamod!

De svårigheter och utmaningar såväl som lösningar och framgångsfaktorer som identifierats under utvecklingsarbetet kan i stor utsträckning kopplas till ovanstående punkter. En av de större utmaningarna är kommunikation. En utmaning som behöver förstås ur olika perspektiv. Det handlar om *hur* vi pratar *med* varandra, till och om de personer vi möter likväl som vilka ord och begrepp vi använder. I samverkan bör man ägna viss möda åt att lära sig delar av andras begreppsapparat, men det är också viktigt att tänka på hur man talar då språket kan utestänga och trycka ner. Det är viktigt att hitta balansen mellan att använda ett ändamålsenligt och korrekt språk och att använda ett språk som utestänger de som inte är lika insatta i ämnet¹⁷. Detta är viktigt i relation till varandra som yrkesverksamma men *än mer* viktigt i relation till den enskilde brukaren. Hur säkerställer vi att hen har förstått?

Gemensam vårdnad

Ett fungerande samarbete som är till nytta för såväl verksamheterna som medarbetarna och framför allt för de enskilda individerna i målgruppen har varit utgångspunkten i

¹⁴ Nationellt kunskapscentrum för kollektivtrafik

¹⁵ Polisens metodhandbok – samverkan <https://polisen.azurewebsites.net/index.php/samverkan/>

¹⁶ <http://www.k2centrum.se/artikel/10-tips-till-dig-som-vill-samverka-battre>

¹⁷ Danemark s 30-31

metodutvecklingsarbetet. Det har under projektiden identifierats komponenter som är viktiga för att skapa förutsättningar för ett sådant samarbete, av vilka många sammanfaller med K2:s punkter. Redan under pilotverksamhetens första metodreflektionsträff benämndes ett välfungerande och framgångsrikt samarbete i termerna av att ha ”gemensam vårdnad” om den enskilde. Detta har sedan fått ligga till grund för utvecklingsarbetet som helhet. Att ha gemensam vårdnad innebär att var och en av parterna har ett övergripande ansvar som de inte kan avsäga sig med mindre än att behovet har upphört. Att ha ett gemensamt ansvar säger inget om intensitet i kontakt, det innebär inte att båda (samtliga) parter ska göra allt, eller ha den andres godkännande i varje detalj och situation.

Den viktigaste faktorn i gemensam vårdnad är att ha ett tydligt brukarfokus med individens behov i centrum. Den enskilde kan ha specifika mål i kontakten med de olika verksamheterna men det övergripande målet för alla parter ska alltid vara att se till individens bästa i ett helhetsperspektiv. Precis som vid gemensam vårdnad gällande barn, är det bästa för den enskilde individen alltid, när samarbetet mellan de verksamheter hen har kontakt med, fungerar så bra och smidigt som möjligt.

Vad krävs för att ett samarbete i form av gemensam vårdnad ska fungera så bra som möjligt? Vi behöver kunskap om andra verksamheter. Vi ska bara ha gemensam vårdnad med dem som har ett ansvar för att tillgodose något eller några av individens behov. Därför behöver vi veta vilka vi ska dela ansvaret med men också vilka förväntningar vi kan ha på dem, vilka möjligheter de har. Det är av stor vikt att ha en bra kommunikation och vi behöver reflektera över hur vi uttrycker oss. Gemensam vårdnad kräver också en vilja att kompromissa och att göra det ”lilla extra”. I den lokala överenskommelsen framkommer att ”parterna är överens om ett förhållningssätt som innebär att ta ett ansvar som sträcker sig lite längre” och att det i praktiken innebär att parterna aktivt ska hjälpa enskilda till rätt vård och stöd¹⁸.

En av de mer viktiga aspekterna av gemensam vårdnad är *tillit*. Vi behöver ha tillit till den andra verksamheten, till att de tar sitt ansvar och gör ett bra arbete utifrån sina förutsättningar. För att möjliggöra detta behöver vi aktivt välja att tolka varandra välvilligt. Vi behöver vara nyfikna och anstränga oss för att förstå. Genom kunskap, tydlig ansvarsfördelning och målbild, välfungerande kommunikation samt tillit skapas möjligheten till en ”enad front”, en förutsättning för fungerande gemensam vårdnad. Detta är extra angeläget i ärenden där individen har en tendens att splittra och att skapa konflikter mellan verksamheterna. En fungerande gemensam vårdnad skapar trygghet och förutsägbarhet för den enskilde, vilket på lång sikt alltid är välgörande.

Utöver att samarbete utifrån perspektivet gemensam vårdnad möjliggör en sammanhållen vård med tydliga ansvarsfördelning för den enskilde finns även tydliga vinster i verksamhetsperspektiv, framför allt för berörda medarbetare. Ett välfungerande samarbete leder till att medarbetarna inom olika verksamheter får stöd i varandra. Det kan handla om att träffa brukare tillsammans med komplex problematik och att inte vara ensam i detta. Framför allt ger det möjlighet att tillsammans reflektera, dels om det specifika ärendet men också om det som kan väckas i en själv. Det vill säga en form av kollegial handledning. Genom gemensamma bedömningar, baserade på olika kompetensfår vi en ökad kvalitet. När den gemensamma vårdnaden verkligen fungerar skapar det en speciell känsla hos de enskilda medarbetarna. En känsla som kan vara svår att beskriva, men den ger en form av trygghet och att ”vi gör det tillsammans”. Något som också möjliggör att kunna förmedla samma trygghet till den enskilde individen, ”vi gör det tillsammans”.

¹⁸ Lokal överenskommelse, sid 6

Vinster med en sammanhållen vård

What's in it for me? Att definiera vinsten med en sammanhållen vård är inget som låter sig göras helt enkelt. Det beror delvis på ur vems eller vilket perspektiv vi väljer att se det.

- Den enskilde individens
- Verksamheter/organisationers och medarbetares
- Samhällsekonomiskt

Vi kommer nedan att beskriva några års vårdkontakter för Anders som illustration av såväl en fragmenterad vård som en sammanhållen vård och utifrån detta se på vinster med en mer sammanhållen vård. Uppgifterna är inte fullständiga utan bygger på det som varit möjligt att få fram inom ramen för nu pågående kontakter med medarbetare i pilotverksamheten.

Anders 45 år

Anders har en lång historik med ett omfattande blandmissbruk och en allvarlig psykiatrisk problematik med flera diagnoser. Utifrån Anders problematik bedöms behoven av kontakt med både socialtjänst och sjukvård under mycket lång tid, eventuellt kan det handla om ett livslångt behov. Han har haft kontakt med socialtjänsten i flera av Malmös områden och upprepade gånger fått vård för sitt missbruk, både frivilligt och med tvång. I perioder har Anders haft kontakt inom öppenvårdspsykiatri, men det har varit svårt att etablera en mer kontinuerlig kontakt. I övrigt har hans kontakter med psykiatri främst varit inom slutenvården i akuta situationer eller genom tvångsvård. Både socialtjänsten och psykiatri har haft stora svårigheter att etablera en mer långvarig och stabil kontakt med honom. Den vård och behandling han fått för både missbruk och psykisk ohälsa har aldrig haft någon långvarig positiv effekt.

År 1 – försök till kontakt

Anders ansöker om hjälp via socialtjänsten vid två tillfällen med drygt fem månaders mellanrum. Båda gångerna avslutas utredningen med beslut om avslag då han inte medverkar till utredningen. Under hösten bli Anders omhändertagen enligt LOB tre dagar i sträck. Socialtjänsten försöker då nå honom via telefon, hembesök och brev utan att lyckas. I slutet av året ansöker Anders om boende via socialtjänsten inför att han ska vräkas.

År 2 – akuta och reaktiva insatser, slutenvård och tvång

Nedan följer en sammanställning ett år som präglats av omfattande kontakter med socialtjänsten, upprepade och akuta kontakter med psykiatri samt tillfälliga insatser från polis och andra verksamheter.

- 0114 - 0122 Daglig kontakt med socialtjänsten
- 0119 Vård enligt LPT
- 0120 Ansöker om drogfritt boende + behandling för missbruk
- 0125 BCM akut, vård enligt LPT
- 0201 Vårdplaneringsmöte på BCM akut
- 0215 LPT hävs
- 160215 - 160229 Boende genom socialtjänsten
- 0216 Uttrycker suicidplaner till socialsekreterare som kontaktar psykiatrisk avdelning och akutmottagning, hänvisas till 112
 - Genom 112 tillkallas polis, räddningstjänst och ambulans som åker till lägenheten (i samband med detta sker en situation som Anders senare döms för)
 - Vård enligt LPT
- 0218 Boende genom socialtjänsten.

- 0301 Utskriven från boendet, återfall
- 0301 Beviljas annat boende genom socialtjänsten
- 0307 Utredning enligt LVM inleds, kontakt flera gånger per dag
- 0318 - 0607 Stödkontakt med socialsekreterare som bland annat följer med Anders för medicinhämtning på beroendecentrum. Tät kontakt.
- 0601 Boende genom socialtjänsten
- 0606 Beslut enligt 13 § LVM genom social jour, vård på SIS/LVM-hem
- 0616 LVM hävs två dagar efter att det verkställts då Anders samtycker till en frivillig placering
- 0616 - 0617 Placering enligt SoL, Anders avviker efter en dag
- 0617 Omhändertags enligt LOB
- 0617 Beslut enligt 13 § LVM + 45 § LVM (polishandräckning)
- 0620 Vård på BCM akut
- 0621 Vård enligt LVM på SIS/LVM-hem
- 0706 Beslut i förvaltningsrätten enligt 4 § LVM
- 0721 Anders anmäler socialtjänsten till IVO
- 0726 Vård på BCM akut
- 0728 Möte på BCM med ansvarig läkare
- 0803 Placering enligt 27 § LVM på behandlingshem
- 0831 Avviker från behandlingshemmet
- 0903 Vård på BCM akut, social jour kopplas in
- 0903 Vård enligt LVM på SIS/LVM-hem
- 0915 Avviker från LVM-hem
- 0926 Vård på BCM akut
- 0927 Vård enligt LVM på SIS/LVM-hem
- 1025 Placering enligt 27 § LVM på behandlingshem
- 1031 Avviker från behandlingshemmet
- 1128 Vård på BCM akut
- 1130 Vård enligt LVM på SIS/LVM-hem

Nytt år – ny överenskommelse

Inför att Anders LVM ska upphöra beslutar hans socialsekreterare och hans läkare att inleda ett aktivt samarbete. Detta utifrån att de gör den gemensamma bedömningen att respektive verksamhets insatser är otillräckliga om insatserna inte samordnas. Samtycke inhämtas och ett nära samarbete påbörjas vilket innebär:

- Tät kontinuerlig dialog mellan socialsekreterare + sjuksköterska och/eller läkare på Rådsmannen
- Kontinuerliga uppföljningsmöten där alla inblandande medverkar, vilket även inkluderat frivården
- Alla beslut gällande insatser fattas gemensamt/i samråd med varandra

Två år senare

Utifrån överenskommelsen om att samordna Anders insatser har fokus varit att få till en långsiktighet i arbetet. Efter att ett aktivt samarbete inleddes har Anders haft kontakt med Rådsmannen en gång i veckan för medicinhämtning inkl. kortare samtal med sjuksköterska. Genom socialtjänsten har han dels haft stödkontakt med socialsekreterare samt beviljats boende. I slutet av det första året fick han en stödlägenhet som han ett år senare bor kvar i. Genom socialsekreteraren har personal på boendet involverats i det pågående samarbetet. Under

perioden har han också dömts till en frivårdspåföljd. Hans handläggare på frivården har bjudits in till samarbetet så att även dessa insatser ska ingå i den sammanhållna vården.

Individperspektiv

Anders har idag varit nykter och drogfri under en sammanhängande period om drygt tre månader och han har ett stabilt psykiskt mående. Det finns perioder då Anders har velat ta tillbaka sitt samtycke och tyckt att berörda medarbetare och verksamheter haft för mycket kontroll på honom och att ingen har att göra med hur hans andra insatser fungerar. Under samtalen kring detta har han dock alltid ändrat sig och har på det stora hela trots allt varit nöjd. Det är inte självklart att den enskilde alltid ser ett tätare samarbete som en vinst och definitivt inte hela tiden.

Verksamhetsperspektiv

Ur verksamhetsperspektiv kan konstateras att det under såväl år tre som år fyra har det varit möjligt att undvika akuta insatser, slutenvård och tvångsvård. Även om medarbetarna till och från är med på träffar som företrädesvis avser frågor som berör den andra verksamhetens insatser upplevs arbetet som mer effektivt. Som en av medarbetarna uttryckte det *"tidigare gjorde alla allt, nu gör vi det som är vårt uppdrag och det vi är bra på"*. De beskriver stora vinster genom att kunna ge Anders en mer kvalitativ och effektiv vård och han slipper akuta punktinsatser som inte leder till någon förändring.

"Det är en magnifik utmaning att hitta balansen mellan det generella och det specifika, mellan det som ska gälla alla och det som ska anpassas till situationen här och nu. När den balansen klaras av är förutsättningarna för god kvalitet, hög säkerhet och omfattande värdeskapande goda. Misslyckas den är konsekvensen fragmentering, brist på koordination, omfattande merarbete och, självfallet, ohälsa i form av stress och frustration. Vad som är bra organisering av vård, skola och omsorg för dem som erhåller nyttan är samma som för dem som arbetar i sektorn. Goda resultat och en bra arbetsmiljö sammanfaller alltså när välfärdssektorn analyseras ur ett tjänsteperspektiv."¹⁹

Samhällsperspektiv

I ett rent samhällsekonomiskt perspektiv kan bara konstateras att genom att ta ett samlat grepp och aktivt arbeta för att Anders ska få en samordnad och sammanhållen vård har det under en lång period varit möjligt att undvika kostsam sluten- och tvångsvård.

Anders en av många, alla med sin egen historia. Så givetvis går det inte dra några *absoluta slutsatser* utifrån hans situation. Samtidigt kan konstateras att han också är en av många Anders. En av många som har kontakt med verksamheter som arbetar med personer med missbruk, beroende och samtidig psykisk ohälsa där insatserna många gånger inte samordnas på bästa sätt och ibland inte alls.

¹⁹ Tyrstrup, s 30

REFERENSER

Bringlöv, Åsa; Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län

<https://fou-sodertorn.se/wp-content/uploads/2016/09/Rapport-nr-145.pdf>

Danemark, Berth; Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka

Hjern, Benny; Välfärdsstatens institutioner och de multipla behovsmänniskorna, i Gröning Degerlund, L (red): Riv ner – Bygg nytt! En debattbok om samhällsstrukturer vid ett vägskal.

Uppdrag psykisk hälsa; Använd SIP – ett verktyg vid samverkan (vuxna)

<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/assets/uploads/2018/01/SIP-for-vuxna-ett-verktyg-for-samverkan.pdf>

Tyrstrup, Mats; I välfärdsproduktionens gränsland – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg

https://entreprenorskapsforum.se/wp-content/uploads/2014/05/UV_Tyrstrup_webb.pdf

Lokala och regionala överenskommelser:

Ramöverenskommelse mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblem

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/samverkan-psykiatri/ramoverenskommelse-mellan-region-skane-och-skanes-kommuner.pdf>

Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/samverkan-psykiatri/ramoverenskommelse-psykiatri-2014.pdf>

Lokal överenskommelse – missbruk och beroende

<https://komin.malmo.se/download/18.744c91d5161f81e4ac719da6/1520321851438/Lokal+%C3%B6verenskommelse+om+samverkan+g%C3%A4llande+samarbete+mellan+Region+Sk%C3%A5ne+och+Malm%C3%B6+stad+avseende+personer+med+missbruks-+och+beroendeproblem.pdf>

Lokal överenskommelse – psykiatri

<https://komin.malmo.se/download/18.7cdf79ae163cc1c36c34be75/1528204490466/Lokal+%C3%B6verenskommelse+personer+med+psykisk+funktionsneds%C3%A4ttning+samt+barn+och+ungdom+som+har+eller+riskerar+psykisk+oh%C3%A4lsa.pdf>

BILAGOR

Bilaga 1 - SIP-info



Är du trött på att upprepa din historia om och om igen? SIP - Samordnad Individuell Plan

Är du i behov av hjälp ifrån olika verksamheter samtidigt, för att åstadkomma mål i ditt liv?

Har du "fallit mellan stolarna",
då du gått från en verksamhet till en annan?

Du kan då vända dig till din kontakt i sjukvården eller socialtjänsten och be att de kallar till ett möte, där ni tillsammans med berörda aktörer gemensamt gör upp DIN samordnade plan (SIP).



Bilaga 2 – GFI-mallar



Malmö stad
Arbetsmarknads- och socialförvaltningen



Datum
20XX-XX-XX

Önskan om **GFI** (gemensamt förutsättningslöst info-möte)

Kort kring ärendet (typ av problematik):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vilken verksamhet ringer/vem vill bjuda in till GFI? (verksamhet och namn)

.....
.....

Kontaktuppgifter till den som önskar kontakt:

.....
.....

Lämnas till för fördelning av ärendet

Fördelat till:

Datum:

.....

document1

Datum:

Önskan om **GFI** (gemensamt förutsättningslöst infomöte)

Kort kring ärendet (typ av problematik)

Vilken socialtjänst ringer?

Namn och nummer på den som önskar kontakten?

Lägg blanketten till XX (enhetschef) som fördelar ärenden 2 ggr/v.

Fördelat till (fylls i av enhetschef)

Datum:

Namn 1

Namn 2

Namn 3

Namn 4

Annan:

|