

Överenskommelse för samverkan gällande Vård- och stödsamordning

Mellan Landstinget Sörmland, Eskilstuna
kommun och Strängnäs Kommun.



STRÄNGNÄS KOMMUN



Eskilstuna
kommun

PARTER OCH IMPLEMENTERING

Överenskommelsen gäller mellan Psykiatriska kliniken MSE och Vård- och omsorgsförvaltningen, Socialförvaltningen och Arbetsmarknads och vuxenutbildningsförvaltningen I Eskilstuna.

Överenskommelsen gäller mellan Psykiatriska kliniken MSE och område Funktionshinderomsorg, Myndighet och uppdrag samt Arbete och familj, Strängnäs kommun.

Modellen kommer att implementeras i de olika organisationerna i faser som kommer att fastställas i Implementeringsplan för Vård-och stödsamordning, Landstinget Sörmland, Strängnäs och Eskilstuna kommun.

Respektive huvudman ansvarar för att överenskommelsen följs i den egna organisationen. Inställning till samverkan hos ledning och enhetschefer är avgörande för resultatet. Ledning och enhetschefer har ansvar att prioritera samarbete och verksamheter och medarbetare de förutsättningar som krävs för att kunna arbeta enligt denna överenskommelse och de riktlinjer, rutiner, handlingsplaner och implementeringsplaner som kommer att fortsatt beslutas om.

Respektive huvudman ansvarar för att denna överenskommelse och efterkommande riktlinjer, rutiner, handlingsplaner och implementeringsplaner är väl kända och fungerar internt.

2018-12-06

GILTIGHETSTID OCH UNDERSKRIFTER

Denna överenskommelse gäller från och med ~~XXXX~~ till och med ~~XXXX~~.
datum för signering tills vidare.

För Psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna

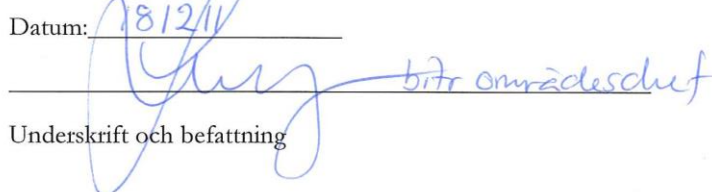
Datum: 18/12/07

Verksamhetschef

Underskrift och befattning

För Vård-och omsorgsförvaltningen, Eskilstuna kommun

Datum: 18/12/11

bitr områdeschef

Underskrift och befattning

För Arbetsmarknads och vuxenutbildningsförvaltningen, Eskilstuna kommun

Datum: 2019-01-07

Områdeschef

Underskrift och befattning

För Socialförvaltningen, Eskilstuna kommun

Datum: 2018/12/07

områdeschef

Underskrift och befattning

För Funktionshinderomsorg, Strängnäs kommun

Datum: 2018/12/07

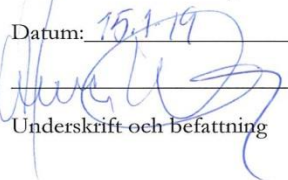
Verksamhetschef

Underskrift och befattning

2018-12-06

För Arbete och familj, Strängnäs kommun

Datum: 15/119


Underskrift och befattning

För Myndighet och uppdrag, Strängnäs kommun

Datum: 7/12/18

Y/m - hL Verksamhetschef M=U

Underskrift och befattning

INNEHÅLL

Inledning.....	5
Vård- och stödsamordning (VOSS)	7
Syfte och mål.....	8
Målgrupp	9
Förbindelser mellan parterna.....	10
Bukarrörelsernas/brukarorganisationernas inflytande och delaktighet.....	11
Ekonomisk ersättning.....	12
Struktur för samverkan.....	12

INLEDNING

Formaliserad samverkan gällande vård och rehabiliteringsinsatser mellan Eskilstuna kommun, Strängnäs kommun och Landstinget Sörmland, skapar en väl uppbyggd grund för tydlig och trygg samverkan. Genom ett samlat ansvar underlättas individens återhämtningsprocess och stödet blir sammanhållet, kunskapsbaserat och individanpassat. Det samlade ansvaret minskar risken för att individen hamnar mellan huvudmännens ansvarsområden.

Sedan 1 januari 2010 finns det i Socialtjänstlagen, SOL o Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, bestämmelser om att kommun och Landsting ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. SIP är ett samverkansverktyg som ska säkerställa att den enskilde får sina behov av samordnade insatser tillgodosedda.

Vård- och stödsamordning (VOSS) är en manualbaserad och brukarstyrd modell som skapar ett ramverk för samverkan samtidigt som den ger brukaren/patienten möjlighet till ett utökat inflytande över sin vård och rehabilitering och stöd i vardagen. Modellen grundar sig i ett delat beslutsfattande, vilket innebär att insatser anpassas efter individens behov och förutsättningar till delaktighet och alla beslut kring vård och stödsinsatser utgår från individen och vård- och stödsamordnares gemensamma beslut. Individens delaktighet i beslutsprocess och upprättande av SIP är en grundförutsättning för samordnade insatser. SIP är integrerat i VOSS och är ett verktyg för den framtida gemensamma planeringen.

Personcentrerad vård (PCV) innebär ett partnerskap mellan patienter/närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. PCV innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. De grundläggande värderingarna i den personcentrerade vården har stark sammankoppling med grundläggande värderingar som är VOSS.

Metoden har sitt ursprung i ACT (assertive community treatment), som är ett program med fokus på samhällsinriktad psykiatri, med syfte att stärka självständighet, kunna bli självförsörjande och att kunna hävda sig själv i den rådande samhällsutvecklingen. Ur ACT har metoden utvecklats vidare till FACT (flexible assertive community treatment) och RACT (Resursgrupps assertive community treatment), som också går under namnet IP (integrerad psykiatri).

CM (case management) är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller, där en case manager har en koordinerad funktion. CM är också grunden i VOSS, RACT och IP, men de skiljer sig vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning samt vårdsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna. I dessa tre metoder ligger det ett stort fokus på att programmets olika delar används i nära samarbete mellan brukare/patient, närstående, psykiatri och socialtjänst. Det kan uppstå förvirring i samband med alla dessa begrepp, men de har samma utgångspunkt och har likvärdiga arbetssätt. Den viktiga skillnaden att uppmärksamma mellan RACT och VOSS är att VOSS alltid utförs i nära samverkan mellan kommun och psykiatri. RACT/IP kan utföras av den ena parten och den andra parten bjuds in vid behov, oftast i samband med SIP. Då denna överenskommelse är utifrån aktiv samverkan har vi valt metoden VOSS.

Arbetet med implementering av de *Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* är ett pågående arbete i Eskilstuna och Strängnäs. I den remissversionen som blir klar under 2018 fastställs att Case Management metoden är kostnadseffektiv, den ger förbättrad kvalitet av vård och omsorg, hälsa, livskvalité och välmående. För att kunna arbeta efter metoden krävs det organisatoriskt arbete, som har positiv inverkan på samverkan. Case Management har enligt riktlinjerna rekommendation 1, vilket innebär att den bör användas.

ACT och Case management, som är de grundläggande metoderna för Vård- och stödsamordning, är rekommenderade metoder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika där tillståndet har en mycket stor

svårighetsgrad. Rekommendationen att använda metoden är 1 och åtgärden bedöms ge ett bättre allmäntillstånd och mindre slutenvårdskonsumtion jämfört med sedvanlig vård. Personer som fått Case management är dessutom nöjdare med vården och stödet än de som fått sedvanlig vård.

VÅRD- OCH STÖDSAMORDNING (VOSS)

Voss är ett sätt att samordna kommunens och sjukvårdens insatser av vård och stöd för brukare med svåra funktionsnedsättningar, komplexa behov relaterade till psykisk sjukdom och/eller en beroendesjukdom. VOSS innebär att i samverkan arbeta utifrån ett gemensamt program för psykosociala insatser, i syfte att öka den enskildes förutsättningar för ett självständigt liv och ökad delaktighet i samhället. VOSS innebär också ett nära samarbete med brukarens privata nätverk. Det psykosociala metodikprogram som används i VOSS är ett evidensbaserat program med gott forskningsstöd.

R-act/IP-programmet är känt som ett psykiatriskt behandlingsprogram, men används i vård- och stödsamordning i en version som passar väl i både kommunala och psykiatriska verksamheter. I VOSS ligger stort fokus på att programmets olika delar används i nära samarbete mellan brukaren, närstående, psykiatri och socialtjänst.

VOSS innehåller en kartläggningsfas av den enskildes förändringsönsknings, hinder och resurser. Kartläggningen utgör underlag för vidare planering av mål och delmål samt stöd och insatser för att brukaren ska kunna följa sin planering. Följs kartläggningsfasen i manualen blir resultatet en väl förberedd SIP med tydlig målsättning och arbetsfördelning. Uppföljning av SIP sker var tredje månad.

I VOSS andra del, arbetsfasen, utser brukaren en resursgrupp. Resursgruppen består av brukaren själv, de två vård-och stödsamordnarna samt de personer som brukaren anser är

viktiga att ha med för att kunna arbeta mot sina mål. Med fördel ingår närstående personer i denna resursgrupp. Arbetsfasen innefattar utbildning i aktuell sjukdom, stresshantering, tidiga varningstecken, problemlösning, kommunikationsträning och social färdighetsträning. Närståendes medverkan ger, förutom ett ökat stöd för brukaren, minskad upplevd börda, stress och oro hos de närstående själva. Metoden bygger på forskning som bl.a. visar att brukarens närstående är centrala för ökad möjlighet till delaktighet och självbestämmande.

SYFTE OCH MÅL

Syftet med överenskommelsen är att klargöra respektive parts åtagande gällande arbetet med VOSS. Syftet är att skapa en tydlig, effektiv och känd struktur för samverkan mellan kommun och landsting.

Målen är att samarbetet mellan huvudmännen ska tillgodose den enskildes behov av hälso-och sjukvård, re/habilitering och stöd. Genom ett effektivt samarbete kan brukaren och/eller närstående, när det behövs, avlastas från den ibland svåra uppgiften att själva hitta rätt i vård-och stödapparaten. Samarbetet ska bygga på ett gemensamt förhållningssätt som i grunden utgår från individens mänskliga rättigheter. Samarbetet ska bygga på en ömsesidig respekt för och god kännedom om huvudmännens respektive ansvars-och kompetensområden.

Målet är att skapa riktlinjer för samverkan enligt metoden vård- och stödsamordning. Riktlinjerna ska innehålla gemensamma mål, konkreta uppföljningsbara målformuleringar. De ska innehålla grundläggande kriterier och eventuella ytterligare kriterier för målgruppen som ska erbjudas stöd och samverkan enligt vård-och stödsamordningsmodellen.

MÅLGRUPP

Målgruppen består av personer med omfattande psykisk funktionsnedsättning, till följd av psykisk sjukdom, som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga av begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.

Målgruppen består av personer med komplexa behov utifrån allvarligt/långvarigt missbruk, som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga av begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.

Målgruppen ska också ha insatser från både kommun och landsting. De grundläggande kriterierna för berörd målgrupp är:

- Person från 18 år
- Omfattande psykisk funktionsnedsättning (aktivitetsbegränsning som varat eller förväntas vara i minst ett år).
- Behov av omfattande vård-och stödinsatser från specialistpsykiatri och kommunen i samverkan.
- Personen har en egen vilja att delta.

En person kan ha behov av ett inledande motivationsarbete till ett deltagande.

Samverkan som nämns ovan syftar till en samverkan som sträcker sig utanför den ordinarie samverkan som finns emellan parterna.

Alla ovan nämnda kriterier måste vara uppfyllda och de grundar sig i Socialstyrelsens definition av psykisk funktionsnedsättning.

Utöver ovanstående kriterier måste minst ett av följande kriterier uppfyllas:

- Personen ska ofta söka vård och ha ett stort behov av vård- och stödinsatser
- Personen ska ha komplext vård – och stödbehov. Där svårigheten är av den grad att insatser från huvudmännen inte fullt ut kan möta behoven.
- Personen vårdas ofta inom slutenvården.
- Personen avbryter vård- och stödkontakter, trots att det kvarstår ett omfattande stödbehov.

De nämnda kriterierna är inte diagnosspecifika. Det som bedöms är i graden av funktionsnedsättning till följd av psykiatrisk sjukdom och/eller allvarlig/långvarigt missbruk, samt behovet av samordnade insatser från både kommun och landsting.

FÖRBINDELSER MELLAN PARTERNA

Psykiatrin förbinder sig att i VOSS arbetet:

- Utse en vård-och stödsamordnare till brukare som omfattas av målgruppskriterierna
- Den person som brukaren bjuder in (t ex behandlande läkare, vårdpersonal) deltar vid SIP-möte. Detta skiljer sig från ordinär SIP, där det är verksamheten som blir kallad.

Kommunerna förbinder sig att i VOSS arbetet:

- Utse en vård-och stödsamordnare till brukare som omfattas av målgruppskriterierna
- Den person som brukaren bjuder in (exempelvis aktuell socialsekreterare eller biståndshandläggare) deltar vid SIP-möte. Detta skiljer sig från ordinär SIP, där det är verksamheten som blir kallad.

Parterna förbinder sig att:

- Skapa förutsättningar för att kunna arbeta fram gemensamma riktlinjer kring vård och stödsamordning.
- Delta i samverkansgrupper gällande VOSS som nämns under ”Struktur för samverkan”.
- Informera och uppdatera varandra om respektive organisation och resurser.
- Utbilda personal i metoden VOSS i den omfattning som krävs för att möta behovet utifrån denna överenskommelse.
- Erbjuder metodhandledning till personal som utbildats i metoden VOSS. Handledning erhålls av metodstödare.

Under implementeringsfasen av VOSS förbinder sig parter att finansiera en gemensam projektledare på 25%.

Uppdraget av projektledarrollen löper på ett år i taget.

BRUKARRÖRELSESNAS/BRUKARORGANISATIONERNAS INFLYTANDE OCH DELAKTIGHET

För att öka förutsättningar för inflytande från brukarorganisationer i arbetet med VOSS ska representation från brukarorganisation/brukarrepresentant finnas med i strukturen för samverkan.

Brukarorganisationerna finns representerade i närvårdssamverkan som är styrgrupp i arbetet med VOSS. I ledningsgruppen för VOSS ska det finnas en brukarrepresentant med.

Även brukarråd kan användas för att ta upp frågor gällande VOSS.

EKONOMISK ERSÄTTNING

Ingen av parterna skall debitera någon av parterna för handledning, utbildning eller andra insatser där utbyte sker mellan parterna.

STRUKTUR FÖR SAMVERKAN

För att främja samverkan och utveckla arbetet med VOSS skall det finnas grupper på olika nivåer. I samtliga grupper deltar projektledaren och/eller representanter från metodstödjargruppen. Detta för att främja kommunikationen mellan grupperna.

STYRGRUPP –

ANP (ARBETSGRUPP NORRA PSYKIATRI)

För samverkan vid Vård- och stödsamordning. ANP består av verksamhetschefer för primärvård, vuxenpsykiatri och de förvaltningar i Eskilstuna och Strängnäs kommun, som handlägger socialpsykiatriska och beroende/missbruksfrågor. Utöver dessa ingår i styrgruppen representant från brukarorganisation samt projektledaren. Som styrgrupp för VOSS arbetar de förberedande, stödjande och rådgivande i utvecklingen av samverkan kring VOSS. Gruppen fattar beslut gällande fortsatt utveckling. Under projekttiden ingår styrgruppens uppdrag i den ordinarie verksamheten för ANP och följer de planerade mötestiderna.

Styrgruppen för samverkan Vård och stödsamordning uppdrag är att:

- Fastställa handlingsplan för utbildning och handledning.
- Fastställa implementeringsplan för Voss.
- Fastställa riktlinjer för Voss.
- Planera för kvalitetssäkring, i syfte att säkerställa att riktlinjer och implementeringsplan efterföljs.

- Uppföljning av överenskommelser, riktlinjer, implementeringsplan och kvalitetssäkring för Voss.
- Skapa förutsättningar för kompetensutveckling för vård- och stödsamordnare.
- Föra dialog och diskussion kring samverkanssvårigheter.
- Diskutera inrapporterade avvikelser.

LEDNINGSGRUPP

Ledningsgruppen består av enhetschef för respektive verksamhet som ingår i implementeringen, brukarrepresentant, projektledare och en representant för metodstödjargruppen. Ledningsgruppen för vård och stödsamordning leder, styr, följer upp och genomför vård- och stödsamordning. Gruppen kan fatta beslut utifrån rådande riktlinjer och överenskommelser, övriga frågor lyfts vidare till styrgrupp för beslut.

Projektledare är sammankallande. Ledningsgrupp träffas vid ett tillfälle/månad.

Ledningsgruppens uppdrag är att:

- Skapa rutiner och riktlinjer för Voss
- Skapa handlingsplan för utbildning och handledning.
- Skapa implementeringsplan för Voss.
- Skapa förutsättningar för respektive verksamhet att följa riktlinjer, handlingsplan och överenskommelse.
- Skapa förutsättningar för gemensamma forum för Vård- och stödsamordnare.
- Planera för utförandet av kvalitetssäkring och uppföljning av implementering, riktlinjer och handlingsplan.
- Föra en dialog och diskussion med metodstödjare angående samverkanssvårigheter och problem/svårigheter som uppstår i arbetet.
- Identifiera behov av information och utbildningsinsatser.

METODSTÖDJARNÄTVERK

Övergripande syfte är att gemensamt förbättra och utveckla arbetet med VOSS för målgruppen. I gruppen deltar medarbetare från psykiatri och kommunerna som har metodstödjarutbildning/metodstödjarroll. Gruppen tar inga beslut utan lyfter de vidare till respektive beslutande organ. Deltagare i gruppen utser ansvarig för uppgiften att

sammankalla, ordförande och sekreterare. Gruppen träffas 12 ggr/år.

Metodstödjarnätverkets uppdrag är att:

- Identifiera problem/svårigheter i samarbetet mellan psykiatrins och kommunens personal och lyfter dessa till ledningsgruppen.
- Ge förslag på utbildningsdagar för medarbetare inom respektive organisation och lyfter det i ledningsgruppen.
- Planera handledning och utbildning av medarbetare
- Ansvarar för materialhantering och säkrar tillgång till arbetsblad.