

Bilaga 3. Stöddokument till processkarta för intern samverkan vid samsjuklighetsärenden

Definition samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. I detta sammanhang avses missbruk eller beroende samt psykisk funktionsnedsättning. Personer med beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende. Personer med samsjuklighet är en heterogen grupp. Behovet av vård och stöd varierar utifrån vilken eller vilka substanser och i vilken omfattning de missbrukas samt vilka andra psykiatriska tillstånd som förekommer.

Personer med en samsjuklighetsproblematik är i behov att få vård och stöd av flera olika verksamheter, både inom kommun och inom region. En central utgångspunkt vid samverkan är att utgå från frågan om vad som är målet och syftet med att samverka. Det behöver finnas ett tydligt mål med samverkan, bestämda aktörer och målgrupper och en tydlig ansvarsfördelning mellan samverkansparterna. En annan utgångspunkt i samverkan är att se till individens behov och låta detta vara styrande i stället för att utgå från organisationens struktur. En fungerande samverkan mellan och inom olika verksamheter behövs för att stödet ska kunna ges från ett helhetsperspektiv.

Hur samordningen kan genomföras påverkas av både organisatoriska förutsättningar och den enskildes förutsättningar för att vara delaktig. Om en person av olika skäl har begränsade förutsättningar för att vara aktiv och delaktig i sin vård och omsorg blir behovet av samordning särskilt stort.¹ Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Även följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Behandling och insatser från flera olika huvudmän samtidigt förutsätter samordning. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom *case management* (CM) i form av integrerade eller samverkande team.²

Samordnad individuell plan

När en person har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen enligt 2 kap 7 § *socialtjänstlagen* (2001:453, SoL) och 16 kap 4 § *hälso- och sjukvårdslagen* (2017:13, HSL) upprätta en individuell plan.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett verktyg som beskriver det samordnade stöd och de insatser som den enskilde har behov av från både socialtjänsten och regionen. För vissa personer bör socialtjänsten och regionen utgå från att det finns ett behov av SIP. Det gäller personer med omfattande behov, till exempel personer med en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem och personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning.

¹ Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Socialstyrelsen, 2019. Artikelnummer 2019-11-6481.

² Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende- Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2019. Artikelnummer 2019-1-16.

Syftet med SIP är att identifiera vilka behov som finns, samordna insatserna mellan verksamheter, att den enskilde ska ha inflytande och få vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg samt att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda.

SIP görs tillsammans med den enskilde och kan bara upprättas med samtycke från den enskilde. Om den enskilde inte vill ge samtycke till SIP är det viktigt att informera den enskilde om vad SIP är för att den enskilde ska få kunskap om och förstå vilka fördelarna är. Den enskilde och/eller en närstående kan också själv framföra önskemål om SIP. I en SIP ska ingå:

- Vilka mål den enskilde har
- Vilka insatser som behövs
- Vilka insatser som socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ansvarar för
- Vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än socialtjänsten och hälso- och sjukvården
- Vem av socialtjänsten och hälso- och sjukvården som har det övergripande ansvaret för SIP
- Uppföljning³

Evidensbaserade insatser

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer som är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter inom vård och omsorg (både region och kommun) bör satsa resurser på. De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd innehåller rekommendationer om insatser vid insjuknande i psykos, läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, samordning, stöd för boende och arbete samt åtgärder vid fysisk ohälsa. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning* samt *Nationella riktlinjer för vård och stöd schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning* finns att ta del av på Socialstyrelsen hemsida.⁴

³ *Vägledning till personal. Samordnad individuell plan för vuxna inklusive personer över 65 år*. Stockholms läns landsting och Storsthlm, 2017.

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>



1. Enskild med
samsjuklighetsproblematik i behov
av internt samordnade insatser

Socialtjänsten kommer i kontakt med en enskild som utifrån en samsjuklighetsproblematik och ett helhetsperspektiv av dennes stödbehov är i behov av insatser från två eller flera enheter. Det räcker med att en enhet bedömer att en samsjuklighetsproblematik finns och behov av samverkan föreligger för att processkartan ska kunna tillämpas. Se definition av *samsjuklighet*, *missbruk/beroende* och *psykisk funktionsnedsättning* i processkartan.

2. Kontakt tas med berörda
enheter och tjänstemannamöte

Den enhet som initierar kontakt med de berörda enheterna inom sin förvaltning gör detta enligt gängse lokala rutiner. Det är viktigt att det i kontakten framgår väsentlig bakgrundsinformation i ärendet och vad syftet med samverkan mellan enheterna är.

Initierande enhet ska även ha förankrat hos den enskilde att kontakt kommer tas med andra berörda enheter. För informationsutbyte inom samma nämnd och enligt socialtjänstlagstiftningen krävs inget samtycke från den enskilde.

Ett tjänstemannamöte genomförs för att göra upp en gemensam planering och arbetsfördelning inför att kontakt tas med den enskilde.

3. Gemensamt möte med den
enskilde

Ett gemensamt möte med den enskilde ske skyndsamt. Dessa samverkansärenden bör prioriteras på respektive enhet och kallade enheter ska delta. I samband med att den enskilde kallas till mötet, ska den enskilde informeras om möjligheten att ta med sig en anhörig eller annan person som kan fungera som ett stöd under mötet. Om den enskilde har CM, boendestöd eller personligt ombud ska även denna stödfunktion bjudas in till att medverka på mötet.

Förslag på punkter att utgå ifrån under mötet

- Informera den enskilde om det stöd som finns att ansöka om hos de olika enheterna.
- Ta emot eventuell ansökan (muntlig och/eller skriftlig).
- Informera den enskilde om utredningsprocessen och säkerställ att den enskilde är delaktig i genomförandet. Hur önskar exempelvis den enskilde att det praktiskt går till?



- Diskutera vad den enskilde behöver för stöd för att fullfölja kontakten med socialtjänsten och genomföra utredningen. Om den enskilde har pågående stödinsatser uppdatera uppdraget till aktuell utförare. Om den enskilde inte har pågående stödinsatser fastställ hur den enskilde ska få sitt behov av stöd tillgodosett, till exempel genom stöd från handläggare eller överväg att bevilja CM eller boendestöd under utredningstid.
- Kartlägg vilka verksamheter inom regionen som samverkan och samordning av insatser behöver genomföras med.
- Informera den enskilde om SIP och inhämta samtycke från den enskilde. Om den enskilde inte vill ge sitt samtycke till SIP ska ett motivationsarbete påbörjas.

Vid samtycke från den enskilde till SIP påbörjas en egen parallell process för SIP.

4. Tjänstemannamöte

Syftet med tjänstemannamötet är ett informationsutbyte och planering för vidare samverkan i ärendet. Detta möte ska präglas av förståelse och respekt för varandras uppdrag, specialistkompetens och handlingsutrymme.

Förslag på punkter att utgå ifrån under mötet

- Gör upp en gemensam tidsplan för handläggningen av ärendet.
- Vad uttrycker den enskilde för behov?
- Finns det någon ansökan och vad avser den?
- Vem ansvarar för eventuella placeringar eller andra akuta insatser under utredningsperioden?
- Om det finns ansökan ställd till fler än en enhet, finns det något sätt socialtjänsten kan samköra de olika utredningsprocesserna och de standardiserade bedömningsinstrumenten för att underlätta för den enskilde?
- Om den enskilde varit aktuell tidigare – vad finns det för erfarenheter av hur tidigare planerade eller genomförda insatser fungerat? Finns det något som behöver göras annorlunda?

Förslagsvis kan steg 2, 3 och 4 ske i anslutning till varandra.

5. Utredning

När utredning inleds behöver socialtjänsten ta ställning till hur ärendet och utredningen på bästa sätt kan samordnas för att underlätta för den enskilde. Handläggare i ärendet behöver vara

flexibla och tillgängliga för den enskilde och sina kollegor på de andra enheterna. Se över om det går att ha en gemensam utredningsprocess och att samköra utredningsinstrumenten för att minimera besök och undvika att samma frågor ställs flera gånger. Dela information och eventuellt tidigare kännedom om den enskilde med varandra. Stäm av att det är en liknande beskrivning av den enskilde i utredningarna. Ett anhörig- och barnrättsperspektiv ska beaktas under utredningsprocessen.

Bedömning och förslag till beslut behöver förankras hos delegat innan nästkommande del i processen.

6. Samplanering av insatser

Samplanering av insatser sker i ett tjänstemannamöte.

Förslag på punkter att utgå ifrån under mötet

- Vid planering av insatser är det av stor vikt att utgå från den enskildes förmåga. Sätt upp rimliga krav och en planering som den enskilde kan fullfölja. Utgå ifrån den kunskap som finns sedan tidigare, ADL-delen i DUR och eventuella läkarintyg.
- Vilken enhet beslutar om vad och i vilken omfattning?
- Vilka insatser när i tid? Vad är mest prioriterat?
- Delade placeringskostnader?
- Bestäm former för fortsatt samverkan, ex. gemensamma uppföljningar, avstämningar m.m.
- Utse vem som är huvudansvarig för ärendet på socialtjänsten.
- Utse vem som ska ha ett samordnande uppdrag kring ärendet och att stötta den enskilde till att fullfölja planeringen, till exempel handläggare eller CM.

7. Gemensamt möte med den enskilde

Syftet med det gemensamma mötet är att tillsammans med den enskilde göra upp en plan för fortsatta insatser genom socialtjänsten. I samband med att den enskilde kallas till mötet, ska den enskilde informeras om möjligheten att ta med sig en anhörig eller annan person som kan fungera som ett stöd under mötet. Om den enskilde har CM, boendestöd eller personligt ombud ska även denna stödfunktion bjudas in till att medverka på mötet.

Förslag på punkter att utgå ifrån under mötet

- Informera om bedömning och insatser från respektive enhet. Vad blir nästa steg? Konkretisera för den enskilde.



- Informera och gör den enskilde delaktig i hur den fortsatta samverkan kommer se ut och gör upp en gemensam planering.
- Diskutera mål och delmål med den enskilde.
- Ta fram en kris-/avvikelseplan för eventuella avbrott i planeringen. Vad händer om den enskilde exempelvis inte nyttjar placering/tar emot stöd? Hur ska inblandade parter och den enskilde agera?
- Ta fram en gemensam arbetsplan alternativt intern SIP. Säkerställ att planeringen är i nivå med vad den enskilde klarar av. Utgå ifrån den kunskap som finns sedan tidigare och ADL-delen i DUR kan med fördel användas. Ta även med eventuella läkarintyg samt vad den enskilde säger själv.
- Tydliggör vem den enskilde ska kontakta på socialtjänsten vid eventuella frågor.

8. Verkställighet av planering/insatser

Förslag på punkter att utgå ifrån

- Vid planering av insatser är det av stor vikt att utgå från den enskildes förmåga. Sätt upp rimliga krav och en planering som den enskilde kan fullfölja.
- Var tydlig i beställning/uppdrag till utföraren om hur kontakten med beställaren ska se ut och hur utföraren ska agera vid eventuella avvikelser. Finns det behov av ex. veckovisa avstämningar?
- Om något händer som avviker från den gemensamma planeringen ska handläggare informera delegat och sina kollegor på de andra enheterna om detta.
- Ändringar i planeringen/det beviljade biståndet ska kommuniceras till andra berörda enheter snarast (till exempel via e-post eller telefon).
- Informera även aktuella utförare i ärendet om eventuella ändringar i planeringen.

9. Uppföljning

Vid uppföljning av insatserna och planeringen kan det vara värdefullt att ha gemensamma möten med den enskilde och utföraren/utförarna. Syftet med uppföljningen är att utvärdera om beviljade insatser gett önskat resultat.

Förslag på punkter att utgå ifrån

- Uppdatera den gemensamma arbetsplanen och kris-/avvikelseplanen.
- Kan uppföljningen av respektive pågående insatser göras tillsammans för att underlätta för den enskilde? Går det att anpassa vilka delar i uppföljningsinstrumenten som används?
- Vidare planering – vad är nästa steg?



10. Avslut eller ny
samhandläggning av ärendet

Avsluta insatserna/ärendet alternativt vid behov återgå till tidigare steg i processkartan.

11. Utvärdera samverkan

I anslutning till uppföljningsmöte med den enskilde kan man med fördel avsätta tid för ett tjänstemannamöte med syfte att utvärdera den interna samverkan som pågått under processen.

Förslag på punkter att utgå ifrån

- Vad har fungerat bra med den interna samverkan?
- Vilka förbättringsområden finns?