

Modell för sammanhållet stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning i Kalmar län

Beslut har våren 2010 tagits av nämnder och styrelser i samtliga Kalmar läns kommuner och i landstinget om att modellen ska införas och gälla för vård och stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning i Kalmar län

Kommunerna i Kalmar län
Landstinget i Kalmar län
Februari 2010

Förord

Modellen för sammanhållet stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning i Kalmar län utgår från Integrerad Psykiatri med Assertive Community Treatment (ACT – aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering) och Case Management. Utifrån den kunskapsbas som finns idag anses dessa metoder vara de som ger bäst effekt av stödet till målgruppen.

Arbetet med modellen har gjorts inom projektet SAMSTÖD som är ett projekt där landstingets psykiatri och samtliga länets kommuner deltar.

För projektet finns en referensgrupp med åtta brukare, fem personliga ombud, sjutton personer från länets kommuner och tolv personer från landstingets psykiatri. I referensgruppen ingår också en mindre arbetsgrupp om sex personer med två projektledare.

De brukarorganisationer som har deltagit i arbetet är Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Attention, Ångestsyndromsällskapet, Intresseföreningen för schizofreni och andra psykotiska sjukdomar (IFSAP) och Hopprepet (ett anhörignätverk i södra Kalmar län)

Referensgruppen har arbetat fram modellen under hösten 2009. Vi i arbetsgruppen vill framföra vårt stora tack till deltagarna referensgruppen för det arbetet.

Under december och januari månad har möte skett med social/omsorgschefer och 1:a linjechefer i samtliga kommuner samt med verksamhetschefer och 1:a linjechefer i landstingets psykiatri. Vid mötena har modellen presenterats och i dialogen med cheferna har modellen modifierats.

Arbetsgruppen för projekt SAMSTÖD i februari 2010

För landstinget
Gunnel Nilsson
Mats Reihammar
Björn Grubbström

För kommunerna
Britt Karlsson
Liselotte Månsson
Sören Gunnarsson

Modell för sammanhållet stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning

Psykosocial rehabilitering¹ och återhämtning²

”Psykosocial rehabilitering är en process som underlättar för individer, som till följd av psykisk störning har funktionsnedsättning, att nå sin optimala nivå för att fungera självständigt i samhället. Det innefattar både en förbättring av individens kompetens och förändringar i omgivningen. Allt med avsikten att skapa bästa möjliga livskvalitet för personer med en psykisk funktionsnedsättning.”

Återhämtning är ett relativt nytt begrepp som kan vara synonymt med psykosocial rehabilitering, men som tydliggör att det rör sig om en process; en återerövring av ett självständigt förhållande till sig själv och sitt eget liv.

Livskvaliteten utgår från individens eget subjektiva val av miljö och levnadssätt.³

Värdegrund

Återhämtningsstjärnan⁴ är den värdegrund som modellen utgår från

De sex uddarna i stjärnan är

- *Hopp* – förmågan att hoppas på förändring
- *Aktiv självuppfattning* – förmågan att göra aktiva val för att möta personliga behov
- *Upptäckt* – förmågan att upptäcka allt mer om sig själv, sjukdomen, relationer m m
- *Personlig kontroll* – förmågan att förflytta sig från en känsla av hjälplöshet till att ta kontrollen över sitt liv
- *Kontaktbarhet* – förmågan att bli kontaktbar och återfå förlorade sociala kontakter
- *Trygghet* – förmågan att känna lugn, ro och säkerhet

Individens egna mål och prioriteringar ska vara vägledande.

Med fokus på ledorden kan personal, närstående och andra bidra till att stjärnan börjar lysa. Det handlar ofta om att ställa rätt frågor i rätt ögonblick. Men utan att förvänta sig svar i traditionell mening. Och utan att i makt och kraft av expert själv fylla i svaren.

Kirkegaards⁵ ord är en vägledning för det förhållningssätt som krävs:

”Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.”

Målgrupp

Målgruppen är personer med psykisk funktionsnedsättning inklusive personer med samsjuklighet som t ex missbruk och utvecklingsstörning:

- är 18 år och äldre
- har svårigheter som omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället
- har minst årslång historia eller svårigheterna förväntas kvarstå under minst ett år

¹ WHO:s konsensusuttalande (1996)

² Alain Topor ”Människor med svåra psykiska störningar kan återhämta sig” Svensk förening för psykisk hälsa

³ Citat från brukare ”Vi har alla en liten bohem inom oss. Mänskliga motiv är mycket komplicerade. Vi vill göra saker på ett visst sätt på grunder som vi inte kan förklara”

⁴ Hans Nordén: Nu åker jag slalom – om olika perspektiv på återhämtning vid psykisk ohälsa; SKL Kommentus 2009 (sid 27)

⁵ Ur ”Till eftertanke” av Sören Kirkegaard

Det ska finnas möjlighet att om så önskas av klienten ingå i målgruppen vid 16 år.

Integrerad psykiatri⁶

Det handlar om ett samhällsbaserat och sammanhållet stöd för målgruppen.

Samhällsbaserat betyder att man ser klientens och anhörigas aktiva insatser som avgörande för stödet. Det för med sig att allas insatser ska tas tillvara (klienten; närstående; vänner; personal; och alla andra resurser i samhället som kan vara till nytta). *Sammanhållet* betyder att det finns en namngiven person som ansvarar för att klienten har vård och stöd i rätt tid och i rätt ordning utifrån sina behov och personliga mål. Den namngivna personen är utsedd av de ansvariga organisationerna och bemyndigad att ansvara, planera, organisera och utvärdera stödet och vården för klienten under hela den tid som klienten önskar stöd från samhället.

Ingång i modellen

I landstingets och kommunernas organisationer ska det finnas en kunskap som gör det möjligt att tidigt identifiera personer i målgruppen och erbjuda kontakt med kommunen och/eller psykiatrin. I såväl kommunen som psykiatrin ska det anvisas en tydligt definierad väg in (tratten in) för personer som kan antas tillhöra målgruppen. Personen ska inom 7 dagar få en första kontakt t ex via telefon med en enhet inom kommunen och/eller psykiatrin, där det finns kunskap att bedöma om personen tillhör målgruppen.

Mål

Klienten ska utifrån sin bedömning, sina behov och personliga mål ha vård och stöd i rätt tid och i rätt ordning. Påfrestningarna för anhöriga/närstående ska minimeras.

Case Manager (CM)⁷

CM är en namngiven person som är utsedd av de ansvariga organisationerna för att samordna insatserna. CM har mandat att planera, organisera och utvärdera stödet och vården för klienten under hela den tid som klienten vill ha stöd från samhället.

Efter att klienten bedömts ingå i målgruppen ska han/hon erbjudas en CM och ett första möte ske inom 14 dagar. Om klienten inte är nöjd med "sin" CM ska klienten ha möjlighet att få en annan person som CM. Klienten kan också välja att inte ha en CM.

I CM:s arbetsuppgifter ingår att

- kartlägga klientens livssituation och behov
- planera ihop med klienten för att få till stånd gemensamma beslut
- säkerställa kontinuitet i kontakter
- tillsammans med klienten och resursgruppen ta ett samlat ansvar för genomförande av insatser och vara problemlösare
- ge stöd till anhöriga/närstående
- initiera förskrivning av hjälpmedel

⁶ Integrerad Psykiatri skapades i England av psykiatern och forskaren Ian Fallon.

⁷ Case manager kan utses från samtliga öppenvårdsenheter i psykiatrin och från kommunens enheter

Ställföreträdare

När en klient har insatser från både psykiatrin och kommunen och klientens CM finns i kommunen ska det erbjudas en namngiven ställföreträdare i psykiatrin. Om klientens CM finns i psykiatrin ska det erbjudas en namngiven ställföreträdare i kommunen. Även om personen endast har stöd av en huvudman ska det erbjudas en ställföreträdare men då i samma organisation.

Ställföreträdarens uppgift är att underlätta CM:s kontakter hos den andra huvudmannen och att vara ställföreträdare för CM vid ledigheter.

Läkare

Läkaren svarar för diagnostik, riskbedömningar, förskrivning av mediciner, sjukskrivningar, samt beslut om slutenvård och eventuell tvångsvård. Läkaren ger dessutom konsultativt stöd till CM i dennes arbete.

Biståndshandläggare/socialsekreterare

Biståndshandläggaren/socialsekreteraren svarar för det formella beslutet om sociala insatser. Dessutom ges konsultativt stöd till CM i dennes arbete.

Resursgrupp

En CM:s första uppgift i arbetet med klienten är att tillsammans med klienten gå igenom dennes sociala nätverk och identifiera alla personer som skulle kunna bli en resurs i det fortsatta arbetet. Personerna kommer tillsammans med klienten, CM och läkaren att bilda resursgrupp⁸. Det är klienten som bestämmer om en person ska inbjudas att delta i resursgruppen. I resursgruppen kan tillfälligt ingå t ex handläggare på försäkringskassan, arbetsförmedlare, terapeuter av olika slag m fl.

Inom tre månader efter den första kontakten mellan CM och klienten bör resursgruppens första möte hållas. Mötet ska ske där klienten känner sig trygg t ex i dennes hem.

Innan mötet med resursgruppen diskuterar klienten och CM klientens egna planer och personliga mål. Under mötet stödjer CM klienten när han/hon presenterar målen för övriga medlemmar.

Ett viktigt syfte med resursgruppen är att få gruppens medlemmar att samtycka med klienten om de personliga målen och att finna sätt att stödja klienten. Innan mötet avslutas ska tid och plats bestämmas för nästa möte med resursgruppen.

Utvecklingsplan (Individuell plan)

En personlig utvecklingsplan utgör huvudpunkten i resursgruppens arbete. Planen ska ligga till grund för en serie beslut om hur klientens viktigaste personliga och långsiktiga mål ska kunna uppnås. Den personliga utvecklingsplanen blir en ledstjärna för allt arbete. Alla ska dra åt samma håll och det är klienten som bestämmer riktningen. Utvecklingsplanen finns efter klientens medgivande tillgänglig för samtliga personer i resursgruppen.

⁸ I de fall förvaltare finns ska det ske en dialog om hur han/hon kan bidra i arbetet i resursgruppen

Det finns endast *en* plan (utvecklingsplanen) för vård och stöd till klienten. Planen är det gemensamma dokumentet i hela stödkedjan. Utvecklingsplanen är vägledande för eventuella andra planer som kan eller ska finnas enligt lag.

Uppföljning

Vid varje möte mellan CM och klienten utvärderas de framsteg som har gjorts utifrån de personliga målen, relation till familjen, sociala relationer i vardagen, allmänt välbefinnande, tidiga varningstecken m m. Även själva mötet mellan CM och klienten värderas.

Resursgruppen möts kontinuerligt och minst var 3:e månad då man utvärderar hur arbetet med den personliga utvecklingsplanen fortskrider och bestämmer hur man ska fortsätta. Även själva mötet i resursgruppen värderas.

Krisintervention

En mycket viktig uppgift för resursgruppen är att tillsammans med klienten skapa en plan för åtgärder om klienten verkar gå mot en försämring. Alla tidiga tecken listas och en handlingsplan skrivs för att möta kriser.

Om en kris medför slutet vård ska handlingsplanen och den personliga utvecklingsplanen medfölja till akutmottagning/vårdavdelning. Avdelningspersonalen ska snarast meddela CM att klienten är inlagd. CM och övriga personer i resursgruppen kan vara delaktiga i slutenvården och närvara på avdelningen om klienten så önskar och det inte inverkar menligt på vården av klienten eller övriga patienter på avdelningen. CM har kvar sin samordnarfunktion under tiden klienten är intagen i slutenvård.

Anhöriga/närstående

Anhöriga/närstående är resurser som ska beredas inflytande i arbetet utifrån klientens önskemål. CM ska lyssna på anhörigas erfarenheter. Hos de anhöriga finns detaljkunskap som professionen aldrig kan få på egen hand. Regelbunden kontakt stärker alliansen och det gemensamma målet. Med klientens godkännande talar man öppet om bl a medicinering och behandlingsstrategier.

Modellen med CM och resursgrupp ska på sikt medföra en avlastning för anhöriga/närstående.

Deltagarstyrd utbildning

Anhöriga och klienter ska erbjudas att delta i utbildningsgrupper. Metoden som ska användas i grupperna bygger på att deltagarna styr innehållet i utbildningen.

Verktygslåda

Det ska finnas en verktygslåda med manualer och blanketter som finns att tillgå för CM och resursgruppen. Det är viktigt att blanketterna känns igen och är så lika som möjligt i hela länet.

Handledning

CM ska delta i metodhandledning som rör rollen som CM. Handledningen ges kontinuerligt i grupp. Handledaren har god kunskap om modellen och speciell utbildning för handledning.

Kompetensutveckling

All kompetensutveckling utifrån målgruppens behov ska genomföras gemensamt över huvudmannagränserna. Brukarorganisationerna ska inbjudas att delta i föreläsningar.

Organisationsstöd

Som stöd för modellen och CM ska det finnas en gemensam ledningsorganisation inom det lokala geografiska området. Den gemensamma ledningsorganisationen är en garant för modellens långsiktighet och hållbarhet. Det är den gemensamma ledningen som fattar besluten om gemensam kompetensutveckling, nya CM-utbildningar och vidareutveckling av modellen t ex krisstöd dygnet runt. Det är här avvikelser analyseras och beslut om åtgärder tas. Det är i den gemensamma ledningen som olika typer av avtal träffas.

Ledningsgrupperna ska vid varje möte vara beslutsfärdiga, vilket innebär att när ordinarie ledamot inte kan närvara ska en ersättare delta. Ersättaren ska ha mandat att fatta de beslut som krävs.

Strategisk ledningsgrupp som består av socialchefer från kommunerna och verksamhetschefer från psykiatrin. Representanter för brukar/anhörigorganisationer erbjuds att delta. Gruppen ska ha möte minst 2 ggr/år. Mötena ska dokumenteras.

Operativ ledningsgrupp som består av 1:a linjens chefer från respektive huvudman. Representanter för brukar/anhörigorganisationer erbjuds att delta. Gruppen ska ha möte minst 6 ggr/år. Mötena ska dokumenteras.

Brukarråd/handikappråd som består av ledningspersoner från kommun och psykiatri samt representanter från samtliga brukar/anhörigorganisationer.

Kvalitetssäkring

Med *programtrohet* menas att de metoder som ingår i modellen genomförs som det är avsett. Detta säkras genom att följa upp och beskriva processer under genomförandet.

Med *struktur* menas att modellens organisationsstöd fungerar som det är avsett. Detta säkras genom att analysera dokumentationen från ledningsgruppernas möten.

Med *resultat* menas att klientens personliga mål uppnås. Detta säkras genom granskning av dokumentation från uppföljningar och mätning av livskvaliteten.

Med *avvikelseanalys* menas att det inom modellen ska finnas en avvikelserapportering som analyseras och vid behov föranleder beslut om åtgärder.

Med *dokumentation* menas de anteckningar som görs i respektive organisation utöver utvecklingsplanen. Efter godkännande av klienten ska CM ha tillgång till båda organisationernas dokumentation för att kvalitetssäkra det dagliga arbetet.

Utbildning av nya CM är en förutsättning för att modellen ska vara hållbar på lång sikt. Utbildningar ska genomföras gemensamt av kommunerna och landstinget när behov finns.

Uppdraget att kontinuerligt följa upp och kvalitetssäkra modellen bör åläggas någon utanför de verksamheter som berörs av modellen t ex en FoU-enhet.

Avtal

Modellen ska stödjas och konkretiseras i ett antal avtal mellan verksamheter och huvudmän.