

Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	
Rutin för arbetet med Integrerad psykiatri i Örebro län	Psykiatri samt socialtjänstens stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning	Sidan 1 av 3
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ	Gäller från datum
Arbetsgrupp med representanter från landstinget, kommunerna och NSPH Ansvarig: Jörgen Klingborg	Vilmergruppen	2013-09-06
Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Version nr	Reviderad datum
Vilmergruppen	1	

Rutin för arbetet med Integrerad psykiatri i Örebro län

2011 presenterades de nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd av socialstyrelsen. I Örebro län påbörjades ett inventeringsarbete för att se vilka av de rekommenderade insatserna som redan utfördes och vilka som behövde utvecklas. En modell av insats som hade introducerats men inte införts i alla länsdelar var Integrerad psykiatri. Den modell av Integrerad psykiatri som arbetades fram i Örebro län har hämtat vitala delar från den av socialstyrelsen rekommenderade ACT-modellen.

Detta är Örebro läns modell av Integrerad psykiatri som kommunerna i Örebro län och Landstingets psykiatri gemensamt arbetat fram.

Samverkan

Kring varje individ utses en koordinationsansvarig person av landstingets psykiatri och en person med samma funktion av kommunens socialpsykiatri. Dessa två personer är de som ska samverka närmast individen. En samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas där det för individen och övriga aktuella framgår vilka insatser som ska ske.

Arbetsblad

I kartläggnings- och planeringsarbetet ska specifika arbetsblad hämtade från ACT-modellen användas. Dessa arbetsblad är gemensamma för huvudännen i hela länet och finns på hemsidan för Obruten vårdkedja, OVK.

http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/OVK/Psykiatri_Missbruk/Psykiatri-Missbruk_Rutiner-Riktlinjer/Integrerad-psykiatri/

Resursgrupp

En central utgångspunkt med integrerad psykiatri är att möjliggöra för individen att skapa en bredare bas för stöd i sin situation. Genom att aktualisera behov av andra personer och stödja att dessa personer engagera sig kan en resursgrupp för individen skapas. Individen ska stödjas i att vara så delaktig som möjligt i bildandet av resursgruppen. Det är individens val som avgör hur resursgruppen ska se ut.

Målgrupp

Personer som har stora funktionsnedsättningar beroende på psykisk sjukdom och utifrån dessa nedsättningar får insatser av både kommunen och landstingets psykiatri.

Huvudmännens ansvarsfördelning

I psykiatrin kallas den koordinerande funktionen vårdkoordinator / fast vårdkontakt. I kommunerna kommer funktionen att kallas stödkoordinator, kontaktansvarig eller boendestödare.

I samråd, mellan kommun och landsting, beslutas vem av de ansvariga personerna som ska ha huvudansvaret för koordinationen kring individen.

Huvudansvaret innebär att i samarbete med individen stå för de gemensamma administrativa ramarna i arbetet som exempelvis boka möte, organisera minnesanteckningar o, dyl.

Övriga resurser

Huvudmännen ska om sådana behov uppkommer kunna förstärka stödet kring individen med exempelvis mer besök eller andra åtgärder.

Arbetsuppgifter inom ramen av Integrerad Psykiatri

De personer, från landsting eller kommunen, som är koordinationsansvariga har följande arbetsuppgifter. De ska inte utföra alla arbetsuppgifter själva men ansvarar för att de blir utförda.

- Ansvara för samordningen av insatser som görs av landstingets psykiatri och kommunens socialpsykiatri och eventuella samarbetspartners i samhället.
- Organisera planeringsmöten och ansvara för att planeringen dokumenteras.
- Ansvara för att arbetsbladen från materialet Integrerad psykiatri användas både i kommunen och i landstinget som underlag för planeringen av insatserna.
- Aktualisera behov av resurspersoner och stödja skapandet av en resursgrupp.
- Aktualisera behov av anhörigkontakter och familjesamtal.
- Upprätta planer för de insatser som beslutas i samverkan med individens resursgrupp eller nätverk.
- En krisplan ska upprättas som tydliggör vilka insatser som ska göras när de tidiga tecken som individen har identifierat som risk för återinsjuknande uppstår.
- En samordnad individuell plan SIP ska upprättas där det för individen och resursgruppen på ett tydligt sätt framgår vilka insatser som ska ske.
- Erbjud att individen får ett eget exemplar av aktuell planering SIP och efterfråga om det finns oklarheter i planen.
- Vid behov göra eller initiera att nödvändiga skattningar görs.
- Vid behov erbjuda problemformulerande och stödjande samtal.
- Lära och stödja individen och dennes sociala nätverk att tillämpa systematisk problemlösning.

Organisatoriska stödstrukturer i kommuner och landsting

I varje länsdel finns en struktur för möten med enhetschefer från psykiatrin och enhetschefer från kommunen. Möten ska ske i september, januari och i maj. Planeringen för mötena är fast och enhetscheferna skickar en ersättare om de inte kan delta.

Genom att tiderna är koordinerade till samma månader kan eventuella länsgemensamma frågeställningar processas parallellt i hela länet. En person från Psykiatrin med koordinerande uppdrag deltar i alla länets möten.

Förutom mötena i länsdelarna finns möjlighet att aktualisera gemensamma frågor på Vilmergruppens möten. Vilmergruppens uppdrag är att verka för en god samverkan mellan kommunerna och landstinget och för en optimal samordning av de sammantagna resurserna.

Utbildning

Huvudmännen ska gemensamt organisera och genomföra en utbildning i Integrerad psykiatri när behov finns. Utbildningen ska ges till självkostnadspris för de enheter som skickar deltagare.

För att säkerställa att utbildningen anpassas efter varje länsdels lokala situation ska hälften av utbildningstillfällena ske i respektive länsdel. För att säkerställa att utbildningen ger en gemensam bas för länet ska hälften av utbildningstillfällena ske länsgemensamt i Örebro.

I utbildningen ska ingå att arbeta enligt metoden med någon av de patienter/brukare som man redan jobbar med. De lokala träffarna ska därför även innehålla delar med metoddiskussion och metodstöd till detta arbete.

Varje länsdel ansvarar för att ett lokalt stöd i metoden kan erbjudas samt att det finns lokala utbildningsansvariga från både kommun och landsting.