

Vårdkedjehandbok

INNEHÅLL

1. Vårdkedjearbetet – steg för steg
2. Informationsbroschyr
3. Samtycke till att delta i vårdkedjearbetet
4. Process för behandlingsplanering
5. Behandlingsplan, gemensam överenskommelse med mål och åtgärder
6. Arbetsplan
7. Överenskommelse vid placering enligt 27 § LVM
8. Kontrakt vid vistelse enligt 27 § LVM
9. Dokumentation
10. CRA –tillämpning inom Vårdkedjeprojektet
11. ASI – tillämpning inom Vårdkedjeprojektet

1. Vårdkedjearbetet - steg för steg

Kontakta socialtjänsten

När det finns ett placeringsbeslut tar behandlingsansvarig på institutionen kontakt med ansvarig socialsekreterare och informerar om att klienten har placerats. Behandlingsansvarig och socialtjänst kommer överens om att klienten kommer att erbjudas möjlighet att medverka i vårdkedjeprojektet och hur kontakten mellan socialtjänst och LVM-hemmet kommer att se ut. Samordnaren kontaktas av institutionen.

Information och samtycke av klienten

Den inskrivna klienten erbjuds att vara med i projektet. Det sker så snart det är praktiskt möjligt. Klienten bör få en nyanserad och genomtänkt information av någon som är väl insatt i vårdkedjearbetet på institutionen eller av samordnaren. Informationsfolder lämnas ut, *se flik 2*. Även om klienten tackar nej i första skeendet kan han/hon besluta sig under ett senare skede för att medverka i Vårdkedjeprojektet. Avgiftsreduktion gäller från det datum som klienten lämnat samtycke att ingå i Vårdkedjeprojektet. Klienten skriver under att han/hon vill vara med i Vårdkedjeprojektet och delta i en den förlängd vårdkedja, *se flik 3*. Samordnaren kontaktas för att påbörjar sitt arbete med att etablera en kontakt, relation, med klienten. Dokumentation sker i KIA oavsett vilket beslut klienten tar.

Utredning och behandlingsplanering

Behandlingsansvarig kontaktar socialtjänsten och kommer överens om en första träff. Träffen sker tillsammans med klienten. På första träffen kommer man överens om hur arbetet ska läggas upp, upplägg av utredningsarbete, vad som skall göras innan en behandlingsplan kan göras. Samordnaren involveras i arbetet.

Behandlingsplaneringsarbetet sker enligt gemensam modell, *se flik 4*.

Behandlingsplan och gemensam överenskommelse dokumenteras enligt vårdkedjeprojektets modell, *se flik 5*.

Vård enligt 4 § LVM

På LVM-hemmet genomförs motivationsarbete och behandlingsarbete i enlighet med den individuella behandlingsplanen. Under perioden är det viktigt att ge klienten bästa möjliga förutsättningar för att klara nästa steg i behandlingsprocessen, nämligen att klara av vård i öppnare former. Samordnaren är delaktig i arbetet. Arbetet med Community Reinforcement Approach (CRA) förbereds och inleds.

Arbetsplaner kan användas som stöd i arbetet att bryta ner de övergripande målen i behandlingsplanerna till mindre mer greppbara mål i det dagliga arbetet, *se flik 6*.

Vård i öppnare former – 27 § LVM

När klienten bedöms vara mogen för en placering i öppnare former enligt 27 § LVM kommer institutionen och socialtjänsten tillsammans med klienten fram hur vården i öppnare former kommer att vara utformad.

Utskrivning sker från LVM § 4 vård och beslut fattas om placering och vård enligt LVM § 27. Beslut dokumenteras i KIA och samma rutiner genomförs som vid vanlig placering.

§ 27 institutionen/hemmet utarbetar en separat behandlingsplan, som bygger på överenskommelsen för vårdtiden under placeringen enligt 27 § LVM. Planeringen för utsluss från institutionen till en mer långsiktig insats på ”hemmaplan” är av stor vikt. Planen dokumenteras och underställs LVM-hemmet. Klienten skriver på ett behandlingsavtal för den tid som han/hon kommer att vara placerad enligt 27 § LVM, (s k § 27 kontrakt) där §-27 hemmets åtaganden regleras. Institutionen använder sitt vanliga kontrakt eller vårdkedjans kontrakt, *se flik 7*.

LVM-hemmet reglerar hur återkoppling och uppföljning skall ske av placeringen. Samverkan sker med socialtjänsten under hela processen, *se flik 8*. Vården enligt 27 § LVM §sker enligt de rutiner och riktlinjer som finns utarbetade för § 27 avdelningen på institutionen.

Uppföljning och utvärdering av LVM

Under hela LVM-tiden följs behandlingsprocessen upp kontinuerligt på behandlingskonferenser. Behandlingsansvarig på LVM-hemmet ansvarar för att uppföljning sker och att utvärdering av genomförda insatser görs. Detta sker genom regelbundet återkommande träffar och kontakter med de personer som deltar i behandlingsarbetet. Vid behov revideras behandlingsplanen/överenskommelsen. Det är viktigt att det under hela vårdkedjeperioden finns ett styrande dokument som uppfattas som korrekt av samtliga inblandade. Uppcheckningsdokumentet används för den fortlöpande uppföljningen, *se flik 9*.

Eftervård

Eftervården tar vid efter att klienten har skrivits ut från LVM-hemmet och vården enligt LVM har avslutats. Socialtjänsten blir nu formellt ansvarig och kommer tillsammans med klienten överens om hur vårdkedjearbetet skall fortsätta. Hur ofta man skall träffas, hur uppföljning av insatser i behandlingsplanen kommer att ske, var man skall träffas, hur samverkan sker med samordnaren, förväntningar på varandra osv. Samordnaren är delaktig arbetet. Överenskommelsen dokumenteras.

Uppföljning av eftervården

På gemensamma träffar följs resultatet av genomförda insatser upp. Behandlingsplanen följs upp och revideras.

Eftervård del 2 – efter Vårdkedjeprojektet

I samband med att vårdkedjeperioden (12 månader) upphör görs en ny behandlingsplan. Kommunens socialtjänst ansvarar för den fortsatta vården och behandlingen. En sista utvärdering utifrån Vårdkedjeprojektet görs. I den deltar klienten, ansvarig socialsekreterare, behandlingsansvarig på LVM-hemmet och samordnaren. Efter utvärderingen görs en ny plan för en kommande period som bygger på kommunens resurser för att arbeta vidare med målen i behandlingsplanen. LVM-hemmets och samordnarens arbete avslutas.

Vad är Vårdkedjeprojektet?

Vårdkedjeprojektet är ett unikt tillfälle för dig som har ett LVM och som kommer från någon av de kommuner som deltar i projektet. Syftet är att arbeta med ett helhetsperspektiv där dina behov är utgångspunkten. Vårdkedjan arbetar gränsöverskridande. Detta innebär att alla inblandade myndigheter och institutioner är med redan i början av din vård. Detta skapar en stark kedja som har förutsättningar att hålla ihop hela vägen.

Vad innebär Vårdkedjeprojektet för mig?

Vårdkedjeprojektet är ett försök att stärka och öka kvalitén på vården kring dig, både under institutionstiden och under frivilliga former i din hemkommun. Inom vårdkedjeprojektet ingår metoder med vetenskapligt stöd, bland annat CRA (Community Reinforcement Approach). Du kommer att få möjlighet att få en mer långsiktig planering som utgår från dina olika behov och ett ökat deltagande i din egen behandlingsplanering. Vårdkedjetänkandet bygger på frivillighet och långsiktighet, vilket innebär att du själv väljer om du vill gå med och du kan även bestämma dig för att gå ur när du vill.

Överenskommelsen

Tillsammans gör vi en överenskommelse som ser till helheten omkring dig och ditt liv. Denna kommer att bli utgångspunkten för hur vi ska jobba tillsammans och tydliggöra dina behov. Exempel på områden som kan ingå i din planering är:

- Missbruk/beroende
- Psykisk hälsa
- Fysisk hälsa
- Familj – nätverk
- Arbete/sysselsättning/utbildning
- Boende
- Kriminalitet
- Fritid/personlig utveckling
- Övrigt

Din Samordnare

Om du väljer att gå med i Vårdkedjeprojektet kommer du att få en samordnare. Denna samordnare kommer inte att ersätta varken socialtjänsten eller institutionspersonalen, utan är en extra resurs för dig.

Din samordnare kommer att finnas med redan under den första tiden av ditt LVM för att kunna hjälpa till med att hålla ihop vårdkedjan så tidigt som möjligt. Din samordnare kommer även att finnas med 6 månader efter att ditt LVM gått ut.

Samordnarens uppgift är att se till att din vård utförs enligt den överenskommelse som gjorts tillsammans med dig, institutionen och socialtjänsten.

Kontaktuppgifter samordnare

Enheten för hemlösa (Män) samt Katarina-Sofia Stadsdelsförvaltning, *Bengt Enar Andersson* 070-316 74 01

Enheten för hemlösa (kvinnor) samt Maria-Gamla Stan Stadsdelsförvaltning, *Cecilia Sköld* 070-316 74 02

Uppsala kommun, *Nima Najafi* 070-316 74 03

Eskilstuna kommun, *Tarja Hyvönen-Sjögren* 070-316 74 04

Örebro kommun, *Ulrika Frycklund* 070-316 74 05

3. Samtycke till att delta i Vårdkedjeprojektet

Jag har blivit informerad om vårdkedjeprojektet och vad det innebär för mig själv. Därefter har jag beslutat mig för att jag vill delta i vårdkedjeprojektet.

Det innebär att jag aktivt kommer att medverka för att få fram underlag till min behandlingsplan och därefter, tillsammans med övriga, arbeta för att förverkliga målen i planen.

För att möjliggöra vårdkedjan samtycker jag till att min samordnare får inhämta nödvändig information om mig från socialtjänsten samt LVM-hemmet.

Vårdkedjeperioden är 12 månader.

Namnunderskrift

Datum

4. Process för behandlingsplanering

Alla klienter inom vårdkedjearbetet ska ha en behandlingsplan. Vårdkedjeansvarig på institutionen är ansvarig för behandlingsplaneringen och att det upprättas en behandlingsplan. LVM-hemmet, socialtjänsten och klienten gör den tillsammans. Samordnaren skall vara delaktig under hela processen.

A. Screening

Bedömning av klienten inför att komma igång med kartläggningen. Klientens tillstånd och vårdplanering har betydelse.

Inom ett par dagar till en vecka är screeningen avklarad.

B. Kartläggning

Kartläggning påbörjas så snart det är möjligt. Klienten delaktig i kartläggning och informerad beträffande behandlingsplaneringen.

Resurs-, problem- och behovsinventering.

Hur? Underlag

- Intervjuer – inkluderar DOK
- ASI
- Tester och bedömningsinstrument
- Bedömningar
- Journaler
- Utredningar(LVM, psykiatri m.m.)
- Vårdplan
- Annat underlag som bedöms vara relevant

Behandlingsplaneringsområden

- Missbruk/Beroende
- Psykisk hälsa
- Fysisk hälsa
- Nätverk, familj, umgänge
- Arbete/sysselsättning/försörjning
- Boende
- Kriminalitet
- Fritid, personlig utveckling
- Övrigt

Deltagare (utifrån behov och institutionens förutsättningar)

- Socialsekreterare
- Behandlingsansvarig
- Behandlingsassistent/kontaktperson
- Alkohol & drogterapeut
- Sjuksköterska
- Arbetsterapeut
- Avdelningsföreståndare

- Vårdkedjesamordnare

Eventuellt

- Läkare
- Psykiatriker

Kartläggning påbörjas inom ett par dagar och är klar inom några veckor.

C. Bedömning

Nulägesanalys:

- Inom vilka områden finns problem?
- Vilken typ?
- Hur omfattande?
- Hur ska de värderas?
- Vad behövs? Lämpliga och effektiva insatser.

Behandlingsmål:

Långsiktig mål – 12 månader i samverkan med socialtjänsten och klienten. Dokumenteras i särskild behandlingsplan.

Kortsiktiga mål, delmål, det vi sätter upp som målsättning på kort sikt. Dokumenteras i en arbetsmanual/arbetsplan.

Nyckelfaktorer:

Deltagarnas samlade bedömning. Samförstånd och delaktighet är av högsta värde.

Kommunikation med klient och socialtjänsten kontinuerligt under hela processen. Förutbestämda träffar med tydligt innehåll.

Detta dokumenteras ner i form av en behandlingsplan/överenskommelse. Klienten, socialtjänsten och behandlingsansvarig på LVM hemmet skriver under.

En kopia av behandlingsplanen utgår till alla tre parter som har skrivet under. Dokumenteras i klientakten och skrivs som worddokument och sparas i KIA.

En behandlingsplan finns klar för varje klient inom c:a 8 veckor.

Processen dokumenteras i KIA.

D. Matchning

Insatser/åtgärder:

Vilka insatser? När? Hur? I vilken omfattning? I vilken ordning? Vad bör ske samtidigt?

Ansvarig person för genomförandet av insatsen/åtgärden tydliggörs.

Genomförande av planerade insatser. Kontinuerliga avstämningar

görs vid ärendedragningar och behandlingskonferenser.

Klienten är aktivt delaktig i genomförandet av insatser.

E. Uppföljning

Uppföljning sker fortlöpande inom teamet.

Uppföljningsträffar planeras in regelbundet. Revidering av behandlingsplanen bör ske när behov uppstår och i samband med övergången till vård enligt 27 § LVM samt vid avslutandet av vård enligt 4 § LVM inför eftervården.

Återkommande frågeställningar: Vad har förändrats?
Vad behöver vi fortsätta att arbeta med?

När LVM-perioden är på väg att avslutas görs en sista utvärdering. Slutintervju görs enligt DOK och ASI. Den ingår i den sammanfattning som skickas till socialtjänsten. Dokumenteras i KIA.

F. Revidering – ny behandlingsplan

När behandlingsperioden övergår i frivilliga former efter avslutat LVM görs en grundlig revidering av behandlingsplanen.

Behandlingsansvarig, socialsekreterare, klient och samordnare går igenom den gällande planen och reviderar den gamla. En ny plan arbetas fram för att gälla under den kommande perioden av behandling i frivilliga former. Detta sker några veckor innan vård enligt LVM upphör.

Detta dokumenteras i en ny behandlingsplan efter samma modell som tidigare. Denna plan följs sedan upp regelbundet.

5. Behandlingsplan - gemensam överenskommelse med mål och åtgärder

Namn: _____

Personnummer: _____

LVM-hem: _____

Kommun: _____

I vårdkedjeprojektet samplanerar klient, socialtjänsten och LVM-hem en vård- och behandlingsplan. Den innehåller en period inom LVM-vården och därefter utslussning och eftervård. Totalt omfattar planen en 12 månadersperiod. Som underlag i planeringen används det material som har kommit fram under kartläggnings- och utredningsperioden.

Missbruk/beroende

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4. 5.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4. 5.

Psykisk hälsa

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4. 5.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4. 5.

Fysisk hälsa

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Familj - nätverk

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Arbete/sysselsättning/utbildning

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Ekonomi

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Boende

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Kriminalitet

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4.
5.	5.

Fritid – personlig utveckling

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4. 5.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4. 5.

Metoder

Ansvarig

<i>ASI</i> <i>ASI uppföljning 6 mån</i> <i>ASI uppföljning 12 mån</i> <i>CRA</i>	
---	--

Övrigt

<i>Nulägesanalys</i>	<i>Mål</i>
<i>Aktivitet/åtgärd/insats</i> 1. 2. 3. 4. 5.	<i>Ansvarig (namn)</i> 1. 2. 3. 4. 5.

Uppföljning - revidering

Behandlingsplanen följs upp och revideras regelbundet. Det är viktigt att det alltid finns en aktuell behandlingsplan som alla inblandade följer.

Datum för uppföljning och revidering av behandlingsplanen: _____

Behandlingsplanen är en **skriftlig överenskommelse** mellan klienten, LVM-hemmet och socialtjänsten. Den skrivs under av alla och en kopia sedan till var och en. Dokumentation sker i klientjournalen.

Datum

Underskrift
Klient

Underskrift
Behandlingsansvarig
LVM – hemmet

Underskrift
Socialsekreterare

6. Arbetsplan

Namn:

	Mål/delmål för vistelsen på avdelning/enhet:	Insatser för att uppnå delmålen:	Beslutsdatum, uppföljningsdatum och ansvarig:
<i>Missbruk/Beroende:</i>	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.
<i>Psykisk hälsa:</i>	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.
<i>Fysisk hälsa:</i>	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.
<i>Familj – nätverk:</i>	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.
<i>Arbete/sysselsättning/utbildning:</i>	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.	1. 2. 3 4.

Mål/delmål för vistelsen på avdelningen: Insatser för att uppnå delmålen:

Beslutsdatum,
uppföljningsdatum och
ansvarig:

<i>Boende:</i>	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	3	3	3
	4.	4.	4.
<i>Kriminalitet:</i>	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	3	3	3
	4.	4.	4.
<i>Fritid – personlig utveckling:</i>	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	3	3	3
	4.	4.	4.
<i>Övrigt:</i>	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	3	3	3
	4.	4.	4.

DELTAGARE:

Behandlingsansvarig*Kontaktperson::* *Kurator*

A & D/rådgivare*Vårdkedjesamordnare* *AT* *SSK*

Annan

7. Överenskommelse vid placering enligt 27 § LVM

Namn:

Personnummer:

Socialnämnd:

Socialsekreterare:

Ansvarig på institutionen:

Mottagande behandlingshem:

Kontaktperson:

Adress/Telefonnummer:

Din LVM vård kommer nu att övergå till en placering enligt 27 § LVM. Det innebär att vården fortsätter under andra, öppnare och individuellt anpassade former. Du är fortsatt inskriven på LVM institutionen under hela LVM tiden. Om behandlingen måste avbrytas återkommer du till LVM institutionen.

Överenskommelse

Överenskommelsen med LVM institutionen innebär att jag ska:

- Vara delaktig i utformningen av min fortsatta behandling.
- Följa min behandlingsplan och rätta mig efter behandlingshemmets regler.
- Vara drogfri under min vistelse i enlighet med bestämmelserna i 27 § LVM.
- Övrigt.....
.....
- Jag har förstått vad en placering enligt 27 § LVM innebär. Om jag bryter min del av överenskommelsen kommer jag att återplaceras på LVM institutionen.

Namnunderskrift

Ort/datum

8. Kontrakt vid vistelse enligt 27 § LVM

Namn:

Personnummer:

Datum för placering:

Socialnämnd:

Socialsekreterare:

LVM institution:

Mottagande behandlingshem:

Kontaktperson:

Adress/Telefonnummer:

Överenskommelse

- Kopia på upprättad behandlingsplan ska översändas till LVM institutionen inom två veckor efter placering. Vid utformandet av behandlingsplanen förs en dialog mellan LVM institutionen och behandlingshemmet.
- LVM institutionen informeras vid återfall/misstanke om missbruk eller andra större avvikelser från behandlingsplan.
- Mottagande behandlingshem medverkar till att LVM institutionen vid behov kan genomföra slutdokumentation och tester vid vårdtidens slut.
- När LVM upphör ska LVM institutionen skriftligen informera om uppnådda behandlingsresultat och fortsatt planering enligt utsänt formulär.

Underskrift

Ort/Datum

9. Dokumentation

All dokumentation sker i respektive huvudmans ordinarie dokumentationssystem.

- Socialtjänsten dokumenterar på sedvanligt sätt enligt de rutiner som finns inom respektive kommuns socialtjänst. Det sker under hela vårdkedjeperioden.
- LVM-hemmet dokumenterar detta i SiS dokumentationssystem KIA.
- Behandlingsplanen skrivs in i behandlingsplansmallen. Den sparas som ett worddokument i KIA. Detta noteras i KIA under rubriken behandlingsplan *var* dokumentet finns, *när* det har färdigställs och *vilka* som har varit delaktiga. Institutionens papperskopia, som är undertecknad, sparas i akten. Behandlingsplanen/överenskommelsen kommer att finnas som en mall att skriva i.
- Samordnarna dokumenterar sitt arbete i LVM-hemmets dokumentationssystem KIA.
- Om klienten placeras inom SiS enligt 27 § LVM under perioden sker dokumentationen en i annan akt som är sär skild från den ordinarie LVM dokumentationen. I annat fall, dvs om placering sker enligt 27 § LVM i form av placering på HVB-hem eller i öppenvård, dokumenteras det enligt SiS riktlinjer.
- Under eftervården, perioden efter avslutat LVM, dokumenteras samordnarna och LVM personalens arbete i KIA men nu som SoL placering. Klienten skall under eftervårdsarbetet skrivas in som SoL klient (notera - ingen vårdavgift).

10. CRA-tillämpning inom Vårdkedjeprojektet

Bakgrund

CRA (Community Reinforcement Approach) har valts som metod till Vårdkedjeprojektet då den passar väl både inom institutionsvård såväl som öppenvård. Ett av syftena med metoden inom vårdkedjeprojektet är att förstärka eftervården, att förstärka övergången från institutionsvård till öppenvård/eftervård. Metoden påbörjas därför på institutionen och avslutas i öppenvården.

CRA-grupp

CRA arbetet inom projektet kommer att ledas av en grupp med representant från alla deltagare. Varje kommun och institution har utsett var sin CRA ansvarig. Under projektets gång stämmer dom av frågor som kommer upp för att det skall ske en adekvat och enhetlig tillämpning av metodiken.

Då kommunerna kan utveckla sitt CRA arbete även för sin övriga missbruksvård är det extra värdefullt att ha en referensgrupp där det finns möjlighet att stämma av sitt eget arbete på hemmaplan med sina kolleger i andra kommuner.

Genomförande

Överenskommelsen (behandlingsplanen) som görs beträffande alla klienter i vårdkedjeprojektet är det dokument som styr hur olika insatser skall genomföras och när dom skall genomföras. I överenskommelsen skrivs olika insatser in inom olika områden. I detta dokument ingår även CRA som ska erbjudas varje klient som deltar i vårdkedjeprojektet.

När planering sker (där socialtjänst, institution och klient medverkar) kommer deltagarna överens om vad som ska ske och i vilken ordning. Dokumentet skrivs sedan under av alla parter. Det innebär att alla parter är överens och inställda på att genomföra det som ska enligt överenskommelsen/behandlingsplanen.

Inom vårdkedjan kommer det att vara möjligt att skifta terapeut under processen. Det innebär att det ibland kan vara samma terapeut under hela processen, ibland 2 terapeuter och ibland 3 terapeuter. Det är de individuella förutsättningarna hos klienten som avgör hur CRA kommer att utformas. Överenskommelsen tydliggör vem som ansvarar för CRA-behandlingen. Vid de regelbundet återkommande planeringsträffarna följs CRA upp i enlighet med övriga områden i tidigare gjord överenskommelse.

CRA:s utformning gör att vissa inslag faller naturligt att genomföra på institutionen emedan andra passar bättre in under öppenvården. Vissa inslag passar väl in oavsett behandlingsform. Samtliga CRA-terapeuter erbjuds gemensam handledning där förmedling av kunskaper och information i varje enskilt ärende kan vara ett inslag. En ytterligare variant är CRA ansvariga. Varje session har ett eget värde, oavsett om klienten väljer att avbryta eller om detta kolliderar temporärt med andra behandlingsinsatser. Övergångar mellan institution och öppenvård kräver väl planerade överlämningar mellan terapeuterna. Det är önskvärt att klient, terapeuter från institution och öppenvård träffas för att skapa en relation för det fortsatta arbetet. Förslag från CRA-ansvariga är att terapeuterna gemensamt planerar och genomför en session tillsammans med klienten och går igenom de sessioner som tidigare genomförts innan övergången sker.

Alternativa lösningar för växling av CRA-terapeut:

A.

<i>Terapeut institutionen</i>	<i>Samordnare</i>	<i>Terapeut social tjänsten</i>
-------------------------------	-------------------	---------------------------------

B.

<i>Terapeut institutionen</i>	<i>Terapeut socialtjänsten</i>
-------------------------------	--------------------------------

C.

<i>Terapeut institutionen</i>	<i>Samordnaren</i>
-------------------------------	--------------------

D.

<i>Samordnaren</i>	<i>Terapeut socialtjänsten</i>
--------------------	--------------------------------

E.

<i>Terapeut socialtjänsten</i>

F.

<i>Terapeut institutionen</i>

G.

<i>Samordnaren</i>

Övrigt

Inom vårdkedjan fördelas sessionerna på 15 – 18 träffar. Varje session kan vara mellan 30 – 60 minuter beroende på klientens förutsättningar.

Varje session dokumenteras på ljudband. Ljudbanden används sedan som stöd i handledningen men kan även användas i återkoppling till klienten och eget lärande (reflekterande).

CRA-terapeuterna behöver utrymme i sin tjänst för planering, utvärdering/analys och dokumentation för att resultatet av insatsen skall bli så verkningsfull som möjligt.

11. ASI-tillämpning inom Vårdkedjeprojektet

Nedan följer förslag på vilka personer som kan genomföra intervjuerna samt vid vilka tidpunkter detta bör ske. För att genomföra ASI krävs godkänd utbildning.

ASI – inskrivningsintervju

- Behandlingsansvarig på institutionen
- Kontaktman på institutionen
- Vårdkedjesamordnare
- Socialsekreterare

Här rekommenderas att personal från institutionen genomför intervjun för upprättande av kontakt och förstärkande av relationen i ett tidigt skede. Intervjun bör genomföras inom en månad från inskrivning om den ej genomförts av socialsekreterare inför placeringen på institutionen. Materialet ligger till grund för den behandlingsplan som upprättas gemensamt mellan samtliga parter. Institutionen skall alltid ha en kopia av materialet för arkivering.

ASI – uppföljningsintervju vid avslutande LVM-period

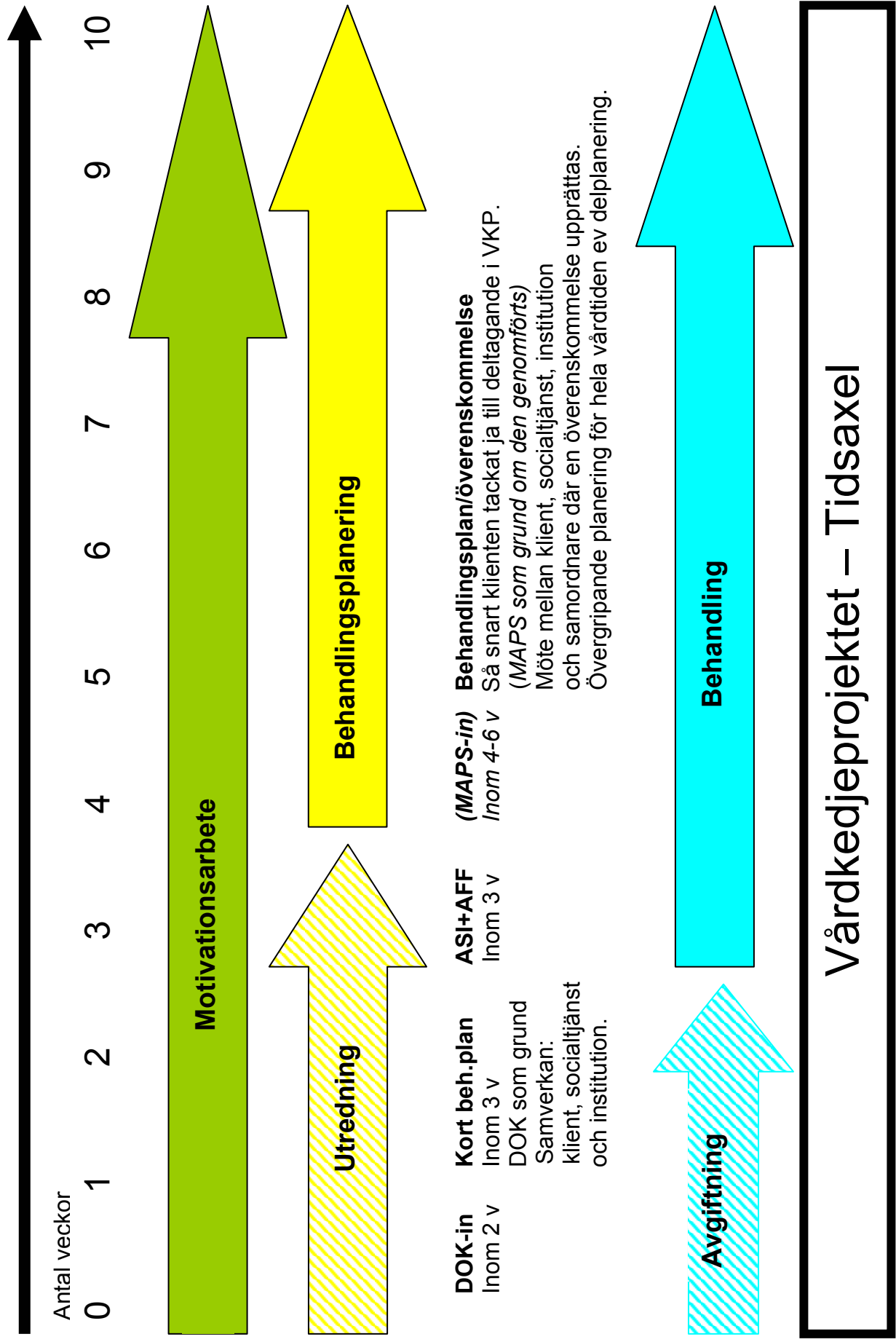
- Behandlingsansvarig på institutionen
- Kontaktman på institutionen
- Vårdkedjesamordnare
- Socialsekreterare

Intervjun bör genomföras i god tid inför utskrivning, helst en månad innan för att möjliggöra sammanfattning av vårdtiden samt boka tid för återkoppling. Här rekommenderas att intervjuaren har god kännedom om klientens behandlingstid. Materialet ligger till grund för summering av LVM-perioden, återkoppling till klienten samt den nya behandlingsplan som upprättas gemensamt mellan samtliga parter. Institutionen skall alltid ha en kopia av materialet för arkivering.

ASI – uppföljningsintervju vid avslutande av vårdtiden

- Behandlingsansvarig på institutionen
- Kontaktman på institutionen
- Vårdkedjesamordnare
- Socialsekreterare

Intervjun bör genomföras i god tid inför avslutande av vårdtiden, helst en månad innan för att möjliggöra sammanfattning av vårdtiden samt boka tid för återkoppling. Här rekommenderas att intervjuaren har god kännedom om klientens eftervårdstid/öppenvård. Materialet ligger till grund för summering av hela vårdtiden (1 år) samt återkoppling till klienten. Institutionen skall alltid ha en kopia av materialet för arkivering.



DOK-in
Inom 2 v

Kort beh.plan
Inom 3 v

ASI+AFF
Inom 3 v

(MAPS-in)
Inom 4-6 v

Behandlingsplan/överenskommelse
Så snart klienten tackat ja till deltagande i VKP.

DOK som grund
Samverkan:
klient, socialtjänst
och institution.

(MAPS som grund om den genomförts)
Möte mellan klient, socialtjänst, institution
och samordnare där en överenskommelse upprättas.
Övergripande planering för hela vårdtiden ev delplanering.

2-3 månader

6 månader

12 månader

Motivationsarbete

Uppföljning/utvärdering LVM

Uppföljning

Behandling (institutionsvård/öppenvård)

Eftervård

DOK-§ 27
Innan placering innan placering

§ 27-kontrakt
Upprättas innan placering

ASI (MAPS-ut)
Ca 3 veckor före utskrivning vid personligt möte

DOK-ut
I samband med utskrivning

Sammanfattning LVM
(MAPS-ut som grund om den genomförts.)
ASI (MAPS-upp)
Utskrivningsmöte vid vårdtidens slut. Sammanfattning av hela behandlingstiden.

Kontinuerliga CRA-samtal enligt uppgjord behandlingsplan/överenskommelse pågår hela vårdtiden.
Ansvariga: institutionen/öppenvården

Överenskommelse/behandlingsplan upprättas mellan klient, socialtjänst, institution och samordnare.
Kontinuerlig uppföljning av samtliga parter.

Vårdkedjeprojektet – Tidsaxel