

# Planeringsfasen

## analys, prioritering målformulering och första resursgruppsmötet

sid 2 - 3 Sammanfattning och analys

sid 4 - 5 Målformulering och en personlig samordnad plan- SIP

sid 6 – 8 Skapa resursgrupp

sid 9 Innehåll på ett resursgruppsmöte

sid 10 Problemlösning och tidiga varningstecken i planeringsfas

- Sammanfatta varje moment/arbetsblad skriftligt, kortfattat i sammanställningen
- Ta med annan kunskap (från andra utredningar, bedömningar, tidigare insatser, erfarenheter från personal eller närstående) och fråga brukaren om det skall med i sammanställningen
- Gå igenom listan ordentligt, förtydliga, komplettera och diskutera vad som är viktigast.
- Börja diskutera hur brukaren skulle vilja förändra dessa områden
- "Vad vill du uppnå? Vad vill du undvika?"
- Diskutera och prioritera vad som är viktigast, enklast och vad som kanske kan avvakta
- Stötta brukaren att formulera inriktnings(långsiktiga)mål; "Hur vill du att ditt liv skall se ut i framtiden?"
- Diskutera och skissa på tänkbara delmål "Vad kan vara möjligt att förändra(uppå) inom 3 månader".
- Försök att få dem konkreta, förståeliga och mätbara
- Skissa på en personlig plan("blyertsplan") att bestämma på kommande resursgruppsmöte.
- Fundera över fler personer som kan stötta dig och bidra till så att målen kan nås.
- Bjud in dem till resursgruppsmöte

## Tidiga varningstecken

## Problemlösningsmetodik

## **Planeringsfasen innehåller analys, mål, en samordnad individuell plan och förberedelser för resursgruppsmöten**

Efter kartläggningen så hjälper VSS, brukaren att reflektera och prioritera bland det som framkommit. Man skapar en plan(SIP) som inriktas på brukarens långsiktiga mål. Detta mål anger riktningen och motiven för det arbete som skall göras. Detta måste återkommande uppmuntras och hållas levande för att syftet med ansträngningar och förändringar skall kännas meningsfulla. Inriktningens målen bryts ner i delmål som är i fokus under de kommande tre månadernas vård- och stödinsatser. För varje delmål görs en beskrivning av åtgärder för att uppnå delmålet och vem som ska vara ansvarig för olika åtgärder. Vård- och stödsamordnarna erbjuder stöd och hjälp med det som ryms inom respektive organisations uppdrag. Om åtgärder i planen inte ryms inom ramen för vård och stödsamordnarnas verksamheter kan det krävas att nödvändiga personer som har mandat bjuds in till resursgruppsmötet för att eventuellt bevilja utökat stöd, ändra behandling eller initiera andra åtgärder. Den personliga arbetsplanen utvärderas och delmålen revideras i samband med resursgruppsmöten.

Man behöver en helhetsbild innan man prioriterar vilka mål och åtgärder som är viktigast eller enklast att börja med. Sammanställningen sparas och revideras utifrån tillkommande erfarenhet och information.

### **Sammanfattning av brukarens egen kartläggning av sig själv**

Syftet med kartläggningen är att stödja brukaren att finna vilka områden som hen önskar förändra, vilka mål som finns och vilka personer i brukarens nätverk som kan bli aktuella för brukarens resursgrupp. VSS ansvarar för att skriftligt sammanfatta det arbete man genomfört tillsammans under kartläggningsfasen. Underlaget är de arbetsblad, samtal och erfarenheter ni gjort.

Sammanfattningen skall hjälpa brukare att behålla den kunskap, insikt och motivation som framkommit och vara stöd i arbetet med att analysera de olika arbetsbladen.

Sammanfattningen bör ge svar på frågor som:

- Vilka resurser och tillgångar brukaren anser sig ha?
- Vilka psykiska funktionsnedsättningar anser sig brukaren ha?
- Vad vill man ändra på?
- Hur vill man att ha det i framtiden?
- Vad behövs för att komma dit?
- Vad verkar bra att börja arbeta med?
- Vilka kan bidra?

### **Arbetsbladet sammanställning av kartläggning**

Avsluta varje ifyllt arbetsblad/moment med en summering av det viktigaste som framkommit. I arbetsbladet kan kortfattat stå en blandning av problem, mål och behov. Gör gärna en notering om hur det är idag, så att ni har både utgångsläge. Detta är en hjälp för motivationsarbete och val av mål. Tydliggör att man innan kartläggningen är klar, inte skall starta nya åtgärder eller börja välja eller prioritera vad man skall arbeta med de kommande månaderna eller vad som skall sparas till senare. Om bladet inte räcker till så får ni komplettera på annat sätt.

En del arbetsblad ger mer och andra mindre. Troligen fångar inte arbetsbladen allt av vikt. Glöm inte, att på ett objektiva och förståeligt sätt föra fram annan känd, aktuell kunskap som finns runt brukaren (erfarenheter, utredningar etc). Kanske reflektioner som ni och andra gjort före eller under kartläggning. Det är dock brukarens förståelse som avgör om det skall med i listan.

Repetera sammanfattningen från varje arbetsblad och identifiera behov och önskemål om förändring. Efter *Intervjuer och ifyllda arbetsblad* behöver materialet tillsammans med information från *anhörigintervju*, analyseras för att komma fram till ett personligt långsiktigt mål.

Brukaren äger kartläggningssammanställning och originalet av sin individuella plan. När vården och kommunen behöver, får man ta kopior eller göra avskrifter för att föra in i egna vård och genomförandeplaner eller annan nödvändig dokumentation.

## Bearbeta sammanställningen tillsammans

För att tydliggöra hur ni kan arbeta vidare, underlättar det att sortera in problem, behov och mål under olika rubriker. Det kan då bli lättare att formulera delmål och komma på åtgärder. Man kan t.ex. sortera under dessa rubriker:

- Arbete/utbildning/sysselsättning
- Fritid/nöje/glädje
- Relationer/social samvaro
- Personlig utveckling
- Fysisk och psykisk hälsa

## Målformulering

Inled arbetet inför den personliga planen med att diskutera långsiktiga inriktningsmål. Många som är tyngda av problem kan ha svårt formulera hur man egentligen vill ha det. Kanske får man hjälpa personen att hitta tillbaks till tidigare tankar, kanske prata om vad man drömmer om. Långsiktiga mål kan var realistiska eller kännas avlägsna. Dom fungerar som motivationsstöd. Vissa orealistiska mål kan vara mer av en symbol kring hur man vill ha det. T.ex; "Jag vill bli känd sångerska, kan innebära att man skulle vilja få

uppskattning, bra ekonomi och kunna få en partner. Då kanske det är delmål kring detta man skall formulera. "Överskottbeteende" som t ex missbruk, bråk med andra, hallucinationer känner vi till men vi fokuserar inte på detta. Vi arbetar alltså inte med att minska på överskotten, istället på att öka det som det är för lite av (t ex underskott av vänner, motion) med tron att överskottet kommer minska som en konsekvens av att andra saker ökar. Vi fördjupar oss därför inte i överskotten i sammanfattningen, inte heller i diagnoser .

### Långsiktiga mål är inriktningsmål

- De kan vara ganska avlägsna
- Behöver inte vara konkreta(men kan vara bra)
- Behöver inte ha tydligt datum för målutvärdering
- Behöver inte kännas realistiska
- Fungerar som "motivationshöjare", "draghjälp", "morötter"

## Delmål

Stöd sedan brukaren att välja de förändringsönsknings som hen vill börja arbeta med. Formulera dem som delmål som skall vara konkreta, tydliga och möjliga att nå. Låt brukaren välja 2-3 delmål som man tror att man kan nå inom 3 månader. . Det kan vara det som är viktigast eller kanske enklast att börja med. De skall vara möjliga att utvärdera på resursgruppsmöten. Delmål behöver inte helt tydligt hänga ihop med de långsiktiga målen. VSS kan föreslå delmål. Ett bra delmål för många är t.ex. att minska/undvika återfall. Vad man än vill göra eller förändra så är återfall ett hinder för det. Det har tydliga kopplingar till nätverk, självkännedom, aktuella påfrestningar och hur man handskas med dem.

Man skall i den personliga planen (SIP) notera en kort nulägesbeskrivning i relation till delmål så att man kan se vad skillnaden kan bli. Att i förväg fundera på vad som kan hindra förändringen, brukar göra att man förbereder sig med strategier för att komma runt hinder som kan dyka upp.

I samband med denna analys får man även börja fundera på vilka personer som man kan behöva ha med på resursgruppsmöte. Man kan fortsättningsvis under resursgruppsarbetet och inför revideringar av SIP gå tillbaka till sammanfattningen för att hitta andra delmål och åtgärder. Många brukare behöver påminna sig om vad som ligger bakom ett delmål för att behålla motivationen.

Man kan också behöva komplettera kartläggningen med problem och mål som dyker upp under arbetsfasen men som man inte kan prioritera eller orkar ta tag i, i stunden. Vissa problem och delmål kan bli inaktuella eller åtgärdade på annat sätt och då är det bra att tydligt notera dem som åtgärdade/inaktuella och därmed tydliggöra för brukare de framsteg som skett.

### *Delmål bör vara*

*Konkreta*

*Genomförbara*

*Lagom utmanande*

*Meningsfulla*

*Tidsbestämda*

*Mätbara*

*Beteendeariktade*

*Sikta på underskotts beteende*

*Överenskommet*

*Nedskrivna*

## Samordnad individuell plan (plan för personlig utveckling)

Skriv in mål, delmål och Nuläget i *Samordnad individuell plan*. Planen fastställs på första mötet i resursgruppen.

I planen dokumenteras vilka som närvarade, agendan för mötet, utvärdering av delmål, brukarens långsiktiga mål och de delmål som skall vara i fokus under de kommande tre månadernas vård- och stödsatser. Man skriver upp nuläget som utgångspunkt och vem som skall göra vad. I sista rutan noteras vilket datum man har nästa möte, vem som har ansvaret för att uppföljning görs och dessutom bör brukaren med sin namnteckning godkänna planen. Alla som aktivt skall delta i rehabiliteringsarbetet ska ha en kopia av Personlig arbetsplan.

- Utan mål har vi ingen motivation.
- Utan motivation gör vi inga ansträngningar.
- Utan ansträngningar gör vi inga framsteg.

## Att välja Resursgrupp

Resursgruppsmöten/SIP-möten kräver oftast en del planläggning och förberedande för att det skall bli så bra som möjligt. Både inför mötet, genomförande av mötet och i efterarbetet.

Resursgruppen är brukarens och vård- och stödsamordnarnas verktyg för att samordna och utföra insatserna. I resursgruppen ingår alltid brukaren och brukarens vård- och stödsamordnare. Utifrån kartläggningen och den personliga planen bjuder brukaren tillsammans med vård- och stödsamordnarna in personer som på olika sätt kan bidra till att målen nås till en resursgrupp. Dessa kan vara från det privata och/eller professionella nätverket. Deltagare kan vara föräldrar, läkare, vänner, socialsekreterare, boendestödjare, rehab-personal, arbetsförmedlare, god man etc.



Om delmålen i arbetsplanen inte ryms inom ramen för vård och stödsamordnarnas verksamheter krävs att nödvändiga personer som har mandat bjuds in till resursgruppsmötet för att eventuellt bevilja utökat stöd. Bli inte fler

deltagare än vad brukaren klarar av. Ett mål är att brukare och nätverk på sikt själva skall kunna hålla i möten

Vill man ha mer aktivitet och social umgänge så kanske man bjuder in en vän eller en släkting. Vill man få ett arbete så kanske man bjuder in arbetsförmedling eller en arbetsspecialist. Några är med varje möte och andra endast när de behövs kring ett specifikt mål. Ansvarig läkare bör alltid vara med vid det inledande nätverksmötet och minst en gång/år därefter. Ibland kan en person vara ett hinder för de mål man har. Denne kan av just det skälet också vara en nödvändig resursgruppsmedlem att ha med.

*Nätverkskartan* och *En vanlig dag* kan vara hjälpmedel för att brukaren skall välja ut sina resurspersoner. Det är alltid brukaren själv som väljer vilka personer som skall ingå i gruppen. Resursgruppsmötena ska hållas med tre månaders mellanrum. Innan någon lämnar mötet bokas tid för nästa möte.

### **Hur bjuder man in resursgruppspersoner/närstående?**

Det finns olika sätt att bjuda in resurspersoner. Det bästa är om brukaren själv kan ta en personlig kontakt med de personer som hen vill ha med i resursgruppen. I annat fall är det brukaren och/eller vård- och stödsamordnarna som tar kontakt via telefon eller brev/mail. Arbetsbladet *Inbjudan till resursgrupp* kan användas. Se till så att ni har god framförhållning och hittar en tid då deltagarna har möjlighet att vara med. Ett resursgruppsmöte med personal från sjukvård och kommun är ett SIP-möte. Anställda i kommun och psykiatrisk sjukvård skall delta i resursgruppsmöten när de bjuds in. Man kan behöva lämna kortfattad information om VSS och resursgruppsarbete till resurspersoner.



## **Brukarens bestämmer agendan**

Ju bättre mötet är förberett och frågor förankrade, desto effektivare och mer beslutsfärdigt. Kanske behöver ni förbereda uppgifter till resursgruppen, frågor till beslutsfattare etc. Det oftast inte ett bra möte om man går därifrån för att ta reda på vad som kan göras. Det bör man ha löst i förväg

En del personer inom sjukvård och biståndshandläggning är vana vid att de "håller" i mötet. Resursgruppsmöten kanske inte är som andra nätverksmöten och innehåller endast det brukaren godkänner. Detta behöver de som bjuds in veta om så att de inte tar över mötet och så att de i förväg kan föreslå en punkt för agendan. Man kan ha förmöte med någon för att förbereda någon aspekt av planen. Kanske vill ni i förväg för att spara tid eller invändningar, visa och förklara förslaget till plan för någon eller förklara orsaken för (till vilken uppgift) man vill ha med denne.

Förbered agendan tillsammans med brukaren. Prata med brukaren om hur mycket av kartläggningen som skall presenteras för hela eller delar av resursgruppen. På arbetsbladet *Planering inför Resursgruppsmöte & SIP* tydliggör ni vilka som skall kallas och vad agendan skall innehålla.

Skall brukaren eller VSS leda mötet? Hur skall i så fall brukaren stöttas? Det vanligaste är att VSS håller i mötet första gången, men att man gradvis låter brukaren ta rollen som mötesledare.



## **Under mötet:**

**Mötetid:** ungefär en timme. Hjälp aktivt till att hålla tiden.

**Plats:** I brukarens hem eller där brukaren vill ha mötet.

**Närvaro;** De personer som är viktiga för brukaren, men brukaren bestämmer. Man kan ha tillfälliga deltagare inbjudna för en specifik uppgift.

**Mötesledare:** Här är det brukaren eller möjligen VSS som på brukarens tydliga uppdrag håller i mötet

**Agendan:** Tydliggör tidsåtgång och vilka punkter som måste hinnas med. Behöver någon presenteras av brukaren? Skall någon anteckna(åt brukaren/åt alla)?

Hur får deltagare kopia på brukarens nya Samverkansplan?

**Boka alltid nästa möte**(c:a 3 månader)

.....

## **Förslag på innehåll**

**Kort sammanfattning** av vad som hänt sedan sist, kanske uppdelat på sjukvård, kommun, nätverk. Fördjupa er inte i detaljer.

**Utvärdering av uppgifter:** Genomgång och kort utvärdering av uppgifter deltagarna tidigare fått.

**Personlig utvecklingsplan:** Repetition, revidering och nya delmål. Kanske 6p problemlösning(Hur skall målet uppnås?) om det behövs

**Nya uppgifter till resursgrupp:** Vem skall göra vad tills nästa gång?

**Krisplan/tidiga tecken:** (Genomgång och diskussion/revidering)

**Repetera** och sammanfatta vad som gjorts upp(viktigast är brukarens sammanfattning)

## Problemlösning med 6-stegsmetoden

Psykisk funktionsnedsättning innebär ofta försämrade förmågan att lösa problem. Problemlösning med 6-stegsmetoden är ett bra sätt att dels hjälpa brukaren formulera delmål, dels gå komma på åtgärder, hjälpa brukaren att värdera dem och planera hur de skall genomföras. Den strukturerade metoden tydliggör att det är brukaren som styr och tar beslut om vad som skall göras. Lär ut metoden och fortsätt sedan att använda under genomförandefass skall göras till en naturlig del av rehabiliteringen. Problemlösning används framförallt i arbetsfasen (när kartläggning och SIP gjorts) men kan behöva introduceras, tränas och användas redan under kartläggningsfasen. T.ex. är metoden bra för att hitta åtgärder vid tidiga varningstecken. Metoden är ett bra sätt att se till så att det alltid är brukaren som väljer vad som skall göras. När vardagsproblem och behov (mål) formuleras så används metoden för att komma fram till åtgärder. Viktigt att tänka på att det alltid är brukaren som bestämmer vilken lösning som skall användas.

Resursgruppen behöver tidigt pröva problemlösningsmetoden

*Delat beslutsfattande!*

## Lära ut Tidiga Varningstecken och åtgärder till resursgrupp och närstående

Tidiga varningstecken är som svårast att komma ihåg och att använda när man behöver dem som bäst. Nya och än tidigare varningstecken upptäcks ofta ju mer brukaren börjar undersöka sig själv, få kunskap om stressorer och lägga märke till hur hen reagerar. Nätverket ser ofta varningstecken på annat sätt och ibland tidigare än personen själv. Repeterande och uppdaterande av återkommande varningstecken med brukare är viktigt. Varje försämring brukar ge nya insikter. Åtgärdsplanen behöver justeras utifrån nya erfarenheter. 6-stegs problemlösning är en bra metod för att hitta åtgärder i krisplanen. Att repetera och revidera Varningstecken och åtgärdsplan var 3<sup>e</sup> månad är ett minimum. Se till så att ni säkerställer hur brukaren skall kunna hitta och använda sin åtgärdsplan när det verkligen behövs. Repetera tidiga varningstecken och åtgärder vid resursgruppsmöten och andra kontakter med närstående. Se till så att alla som behöver har åtgärdsplanen