

# **Resursgruppsarbete Vård- och stödsamordning i praktiken**

## **Innehåll vid Flik2**

Sid 2 Arbetsgång/ körschema

Sid 3 - 4 Om manual och uppdrag som vård- och stödsamordnare

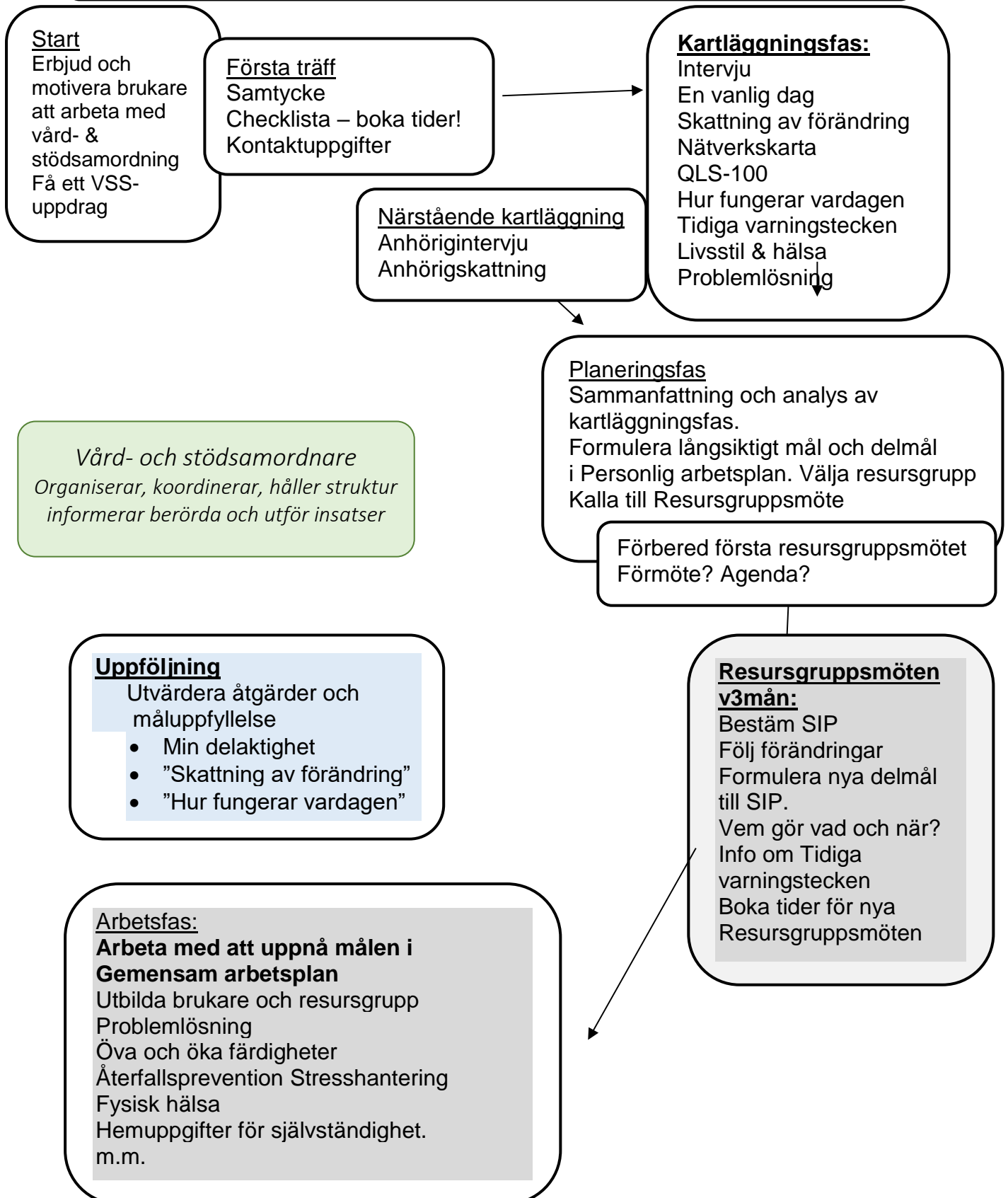
Sid 5 - 8 Målgrupp, arbetsallians och att komma igång

Sid 9 - 16 Instruktion för Kartläggning och arbetsblad

Sid 17 Checklista för Kartläggning och planering

## Arbetsgång för resursgruppsarbetet

**Förutsättning:** Utifrån sitt psykiska funktionshinder har eller behöver brukaren socialpsykiatriskt bistånd och/eller behandling av den öppenpsykiatriska vården.



## Att arbeta efter manual och instruktioner

Dessa instruktioner är tänkta som stöd för den som skall ha ett uppdrag som Vård- och stödsamordnare. Arbetsbladen och moment är väl genomtänkta, beprövade och fokuserar på att brukaren och Vård- och stödsamordnare skall få fram vad som behövs. Att jobba efter en färdig manual och bestämda arbetsblad innebär att man i viss mån måste kunna individualisera så att det passar personen. Olika moment och arbetsblad bör användas enligt instruktionerna, men de får inte hindra att man uppnår kartläggningens syfte att brukaren och VSS skall skapa arbetsallians och förtroende. Det kan innebära att man måste korta ner, skjuta upp, lägga till eller anpassa moment. Förändringar bör kunna förklaras och motiveras t.ex. i metodhandledning för att bibehålla "metodtrogenhet". VSS kan och bör återkommande repetera de moment/arbetsblad man skall genomföra.

**Vård- och stödsamordning**(VSS) eller Case Management(CM) är en organisationsmodell för bra samarbete och **Resursgruppsarbete** (RACT)

en integrerande arbetsmetod för målinriktat nätverksarbete som ger personer med psykiskt funktionshinder ett avgörande inflytande över sin rehabilitering. Metodiken används av personal som arbetar inom såväl kommunal socialpsykiatri och sjukvård, främst specialistpsykiatri. Det är vanligt att medarbetare från flera olika huvudmän träffar samma brukare, och då är det av yttersta vikt att samtliga samverkar. Det kan, förutom närstående, socialtjänst, hemsjukvård och specialistpsykiatri även handla om t ex primärvård, arbetsförmedling och försäkringskassa med flera. Att samverka gör vården och rehabiliteringen effektivare och skapar insyn och förståelse för respektive huvudmans uppdrag. Det har också visat sig vara effektivast när brukarens väl genomtänkta mål styr sjukvårdens och kommunens insatser.

Modellen RACT skapar ett ramverk för samverkan och ger samtidigt brukaren möjlighet att enligt principerna

Genomgående används ordet brukare här, istället för patient, vårdtagare, klient eller andra begrepp som förekommer

### Utgångspunkter:

- En enskild aktör kan inte ensam lösa brukarens problem.
- Samverkan är svårt, men behövs för att individen inte skall falla "mellan stolarna".
- Stöd och psykiatrisk behandling för psykiskt funktionshindrade varierar över tid, behöver vara flexibelt, långsiktigt samt organiseras av de som arbetar med personen.
- Arbetet blir effektivt om man träffas i hemmet, är aktivt uppsökande och jobbar med att förebygga försämringar.

för ”*delat beslutsfattande*” styra arbetet med sin rehabilitering, bli mer självständig och få bättre samarbete med privat och professionellt nätverk på sikt. Ramverket fylls med lämpliga återhämtningsinriktade och evidensbaserade strategier.

Arbetsmetoden innebär ett strategiskt och långsiktigt arbete för att nå målsättningar, öka nätverkets funktion och förebygga kriser med hjälp av kunskap och olika färdigheter.

## **VAD GÖR EN VÅRD- OCH STÖDSAMORDNARE (VSS)?**

Samverkan är svårt, men behövs för att personer som har svårt att själva få samverkan att fungera, inte skall falla ”mellan stolarna”. Stöd och psykiatrisk behandling för psykiskt funktionshindrade varierar över tid, behöver vara flexibelt, långsiktigt samt organiseras av de som arbetar med personen. VSS är en funktion och ett uppdrag, som kan fyllas med olika innehåll för att samordna vård och stöd runt en person.

För att organisera arbetet får brukaren 1-2 Vård- och stödsamordnare (”Case Manager/fast vårdkontakt”), ofta en från varje huvudman. Vanligtvis en personal (t.ex. arbetsterapeut psykiatrisjuksköterska, kurator,) från psykiatrisk öppenvård och en (t.ex. boendepedagog) från kommunens socialpsykiatri. Man kan även vara ensam VSS och då vara från antingen socialtjänst eller öppenvårdpsykiatri. VSS är ett flerårigt stöd. Att vara två vård- och stödsamordnare grundar sig på erfarenheten att det ger en bättre kontinuitet, flexibilitet, samt minskad arbetsbelastning. Det har visat sig undanröja många av de samverkansproblem som ofta förekommer.

Vård- och stödsamordnare skall vara ”spindeln i nätet” som stöttar brukaren och kartlägger, planerar, åtgärdar och utvärderar insatser oavsett huvudman. VSS är ”dörröppnare” och representant för resp. organisations resurser. Andra berörda måste samarbeta med VSS vid sjukhusvård, biståndsförändringar eller förändrad behandling.

Arbetet blir effektivt om man träffas i hemmet, är aktivt uppsökande och jobbar med att förebygga försämringar.

Vid resursgruppsmöten måste båda närvara, men det varierar vilken av vård- och stödsamordnarna som behöver vara mest aktiv beroende på vilken typ av insatser som är aktuella. VSS ändrar inte på vad som är sjukvårdens eller kommunens ansvar att genomföra.

## Målgruppen

Målgruppen för VSS, är vuxna personer med ett stort vårdbehov och oftast flera funktionsnedsättningar inom olika områden, oavsett diagnos. Personer som har eller behöver kontakt med både kommunen och den psykiatriska sjukvården. Man kan ha samsjuklighet med missbruk. De som erbjuds VSS har av varierande skäl behov av bättre samordnade insatser

Definitionen för personer med psykisk funktionsnedsättning innefattar personer som pga av psykisk sjukdom har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som t ex boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap, relationer eller fritid. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.

## Urval av brukare

För personer med schizofreni och andra psykiska sjukdomar med liknande funktionsnedsättning och för personer som även har missbruk är Vård- och stödsamordning och ACT det arbetssätt som man bör använda. Det bör vara den normala samarbetsformen för psykiskt funktionshindrade med stora behov av samordnade insatser. Den som ser ett behov av Vård- och stödsamordning kan själv ta de initiativ som behövs, t.ex. genom att kalla till ett inledande SIP-möte. Det är en förutsättning att det finns en bedömning om rätt till kommunalt insatser och psykiatrisk vård. Givetvis måste detta vara förankrat hos chef och handläggare samt utgå från eller hänga ihop med bistånd och psykiatriska bedömningar.

Vård- och stödsamordning och resursgruppsarbete är ett erbjudande och personen skall veta att man kommer att få mycket och långsiktigt stöd, men även att det åtminstone inledningsvis blir många möten och arbetsblad.

Vård-och stödsamordning är inte bistånd man kan söka utan en metod som använts för att genomföra beslutade bistånd och vårdinsatser.

Kartläggningen är inte en psykiatrisk utredning eller bedömning av biståndsbehovet. Däremot kan den vara en del av eller ett underlag kan man under kartläggningen komma fram till att det finns behov att revidera tidigare biståndsbeslut och kanske göra nya utredningar.

## Brukaren styr

Det är den enskildes mål och prioriteringar som styr arbetet och för att kunna prioritera mål och välja åtgärder måste brukaren skaffa sig utförlig kunskap om sig

själv. Hela kartläggningen krävs för att se vad som verkligen är de mål och åtgärder som brukaren vill prioritera i sin plan. Åtgärder och insatser måste individualiseras och regelbundet utvärderas för att se vad som fungerat och vad som skall ändras. Kontakten mellan brukare och samtliga i resursgruppen måste bygga på förtroende och ömsesidig respekt. Detta tar tid och bygger på att man litar på varandra. Vår tilltro till brukarens förmåga att återhämta sig är avgörande för brukarens syn på sig själv och sin delaktighet i arbetet som skall göras

**Återhämtning** är ett centralt begrepp i arbetet. Att återhämta sig innebär att brukaren erövrar funktioner och får en upplevd förbättrad livskvalite. Det innebär alltså inte att brukaren behöver vara symtomfri men däremot att brukaren bättre klarar situationer då symtom eller andra besvär gör sig gällande. Begreppen bot, rehabilitering och återhämtning skiljer sig åt. Återhämtning innefattar egenmakt (empowerment) och de egna insatserna är av stor betydelse för att må bra och att kunna utvecklas.

### **Planerat, strukturerat och långsiktigt arbete.**

Man skiljer noga på kartläggning, Planering/analys, målformulering, åtgärder och utvärdering. Det beräknas ta minst två år att arbeta efter modellen och hinna med de återhämtningssinriktade strategier som ingår.

### **Var hålls mötena?**

ACT-modellen förespråkar att möten sker hemma hos brukaren. Detta har tydligt forskningsstöd. Att träffas i hemmiljö tydliggör att det är brukaren som styr resursgruppsarbetet och ger Vård- och stödsamordnare en bättre helhetsbild av brukarens situation. I de fall där brukaren inte vill träffas hemma hos sig sker mötena på annan plats som brukaren tycker är lämplig. Om möten i brukarens hem blir ett hinder för samverkan är det bättre att ha träffar på annan plats än inga träffar alls

Det är svårt för många med psykiska funktionshinder att förstå och analysera sina svårigheter och att kunna formulera behov och mål.

Det som känns bäst/är lättast just nu, är sällan det som bäst på sikt. Detta gäller både brukare och personal.

Vi utgår från att man behöver hjälp med att bibehålla motivation

Man behöver ett långsiktigt, planlagt och strategiskt arbete.



## VSS-möte

(Lilla Resursgruppen): VSS-mötet består alltid av brukaren och ofta båda vård- & stödsamordnare. Man kan om det behövs välja att ha med andra personer ur brukarens nätverk. Möten i denna trio hålls i syfte att kartlägga, utforma brukarens arbetsplan och för att planera inför resursgruppsmöten. I arbetsfasen träffas man för att genomföra olika strategier för att nå delmål och återhämtning.

VSS-möte sker tätt under kartläggningsfasen. Då bör båda VSS medverka så mycket som möjligt, för att skapa allians och få gemensam kunskap om brukaren. Vissa moment kräver närvaro av bägge (intervju, nätverkskarta, sammanställning), men andra moment kan göras av den ene om det underlättar. Det framgår av kryss i Checklista-K vilka moment man måste vara med på. Det brukar underlätta mycket för alla inblandade om man kan hitta en fast tid med brukaren var vecka. VSS bör också hitta återkommande tid för förberedelser och sitt samarbete.

Många brukare har kognitiva funktionsnedsättningar, ofta beträffande förmågan att fokusera och hålla kvar uppmärksamheten. Det är därför också viktigt att vård- och stödsamordnaren uppmärksammar om brukaren inte orkar hålla koncentrationen. Repetera, sammanfatta ofta och stötta på andra sätt brukarens förmåga. Det kan vara bra att bestämma vem av vård- och stödsamordnarna som håller i resp. möte, d.v.s. går igenom

arbetsbladen eller håller i t.ex. utbildning. Förslagsvis kan man byta vem som gör vad från gång till gång.

### **Tänk på:**

**Anpassa informationen på ett sådant sätt så att det inte orsakar onödig stress för brukare/anhöriga. Arbetssättet kan kännas kravfyllt och svårt inledningsvis vilket i sämsta fall gör att brukare och anhöriga tackar nej.**

*Visualisera genom att använda papper och penna. Då skapas bättre förutsättningar för brukaren att minnas och förstå sammanhang*

**Att komma igång och etablera arbetsallians.** Kanske har någon annan informerat brukaren om VSS och resursgruppsarbetet, men kanske är det ni själva som ger den första ordentliga information till brukaren. Vem som ger erbjudandet och hur man introducerar varierar från person till person.



Som stöd för att lämna information finns kortfattade informationsblad riktad till brukare. Förutom den personliga informationen lämnas dessa till brukaren så att de kan läsa själva. Det viktigaste inledningsvis, brukar vara att i tillräcklig utsträckning få brukaren att förstå syftet med arbetet och skapa motivation för de ansträngningar brukaren behöver göra. Brukaren behöver veta att arbetssättet är evidensbaserat och effektivt samt att man inte arbetar med vad sjukvård eller kommunens expert tycker är viktigast utan enbart arbetar med det brukaren valt. Dessutom att brukaren efter kartläggningen kommer att få långvarigt stöd för att få åtgärder att hänga ihop. Man bör förklara det viktigaste i arbetsgången kortfattat;

- Att arbetet är långsiktigt och planlagt.
- Att kartläggningen tar ganska mycket tid och innehåller många arbetsblad.
- Att man först därefter skall bestämma vad som skall göras.
- Att brukaren skall välja en resursgrupp och att förändringar av vikt bara görs när den gruppen träffas var tredje månad.
- Att man arbetar med att nå brukarens mål och öka personens förmåga att handskas med sin situation.
- Att arbetet är inriktad på återhämtning och att person skall kunna styra vad som görs.

Brukarna har varierande erfarenheter av tidigare påbörjade och utlovade insatser och olika förmågor att ta till sig information. Många har skäl att vara skeptiska. En del behöver veta mycket och andra klarar inte mycket information. Ni måste anpassa hur mycket och på vilket sätt. Det viktigaste är att brukaren känner tilltro till er, förstår något om vad som krävs och blir positiv.

*Samtala gärna kring begreppen bot, rehabilitering och återhämtning. Hur ser brukaren på sin egen delaktighet och inflytandet över sin livssituation?*

### **Planerat och strukturerat arbete**

Det är viktigt att tydliggöra för brukaren och nätverket att resursgruppsarbete innebär att man noga skiljer på kartläggning, analys, egentliga förändringar och åtgärder (om de inte är av brådskande art). Det som känns viktigt eller nödvändigt i stunden är sällan det mest konstruktiva på sikt. Hela kartläggningen krävs för att se vad som verkligen är de mål och åtgärder som brukaren skall prioritera i sin plan. En bärande tanke är att allt man gör skall vara planlagt och målinriktat innan man börjar med



åtgärder. För att kunna prioritera mål och välja åtgärder måste brukaren först få utförlig kunskap om sig själv. Resursgruppsarbete inleds med en metodisk kartläggningsfas som kan ta 2-3 månader. Den innehåller arbetsblad och intervjuer där brukaren och personal undersöker nuvarande funktion och skapar en arbetsallians. Det är av stor vikt att man använder utforskande förhållningsätt samt tar hänsyn till koncentrationssvårigheter och tidigare erfarenheter

### **Repetera metoden återkommande med brukare**

**”Inga” åtgärder innan kartläggningen och planering är klar.**

Brukaren och andra berörda måste veta hur resursgruppsarbetet går till för att förstå hur det skiljer sig från andra arbetssätt inom psykiatri. När det framkommer problem och behov kan det vara ovant både för brukare och personal att inte direkt få vidta de åtgärder man tycker behövs, för att istället vänta tills hela kartläggningen är genomförd. Det är av vikt för förståelse och motivation att ni återkommande förklarar vad ni gör, hur det går till och vart ni är på väg.

Det finns användbara informationsblad vid flik 8 som riktar sig till brukare: Ett med kortfattad text och ett med arbetsgången som ett flödesschema.

#### *Instruktioner för kartläggningens arbetsblad*

**En omfattande kartläggning inleder resursgruppsarbetet** där brukaren utförligt med hjälp av VSS och fastställda arbetsblad kartlägger sina kunskaper, färdigheter, behov och mål. Detta ger brukaren och VSS underlag och möjlighet att fatta beslut om stöd/ behandling och skapar motivation till förändring. Dessutom skall Vård- och stödsamordnarna lära känna brukaren, hur personen fungerar och vad denna skulle vilja uppnå. Den metodiska kartläggningen är en grund för arbetsallians och förtroende.

Under kartläggningen träffas man 1 - 2 ggr varje vecka (om möjligt) under kanske 2-4 månader.

- Man gör nätverksskator, kartlägger vardagen, kunskaper, erfarenheter, intressen, resurser, problemområden och sjukdomsyttningar. Man frågar om kost, motion och om tecken på försämring.
- Man intervjuar närstående för att fånga deras erfarenheter, kunskaper, frågor och för att etablera ett samarbete.

- Man inkluderar annan aktuell kunskap och bedömningar som finns inom psykiatrin eller kommunen. Genomförda utredningar, bedömningar och aktuella erfarenheter.
- Kartläggningen utmynnar i att brukaren med hjälp av Vård- och stödsamordnarna analyserar resultat och väljer ut sina målsättningar.

De olika arbetsbladen används under kartläggningsfasen av brukare och VSS för att undersöka kunskap, vardaglig funktion, förändringsbehov och önskemål. De är också ett strukturerat underlag för alliansskapande samtal och ger möjlighet att samla information inför kommande målformulering och motivationsarbete.

Man lämnar vanligen ut ett arbetsblad i taget, kanske som förberedelse inför nästa träff. Många brukare kan självständigt fylla i flera arbetsblad så att ni därefter

tillsammans kan gå igenom dem och sammanfatta det viktiga. Varje arbetsblad sammanfattas och förs direkt in i *arbetsbladet för sammanfattning*.

Kartläggning bör inte ta alltför lång tid, kanske 6-10 träffar under 2-3 månader, men måste anpassas efter brukarens förmåga. Några arbetsblad kan ta 15 min, andra kan behöva mycket tid. Man måste hitta en balans mellan utförlighet och tidsåtgång. Man kan behöva hoppa över vissa arbetsblad och komplettera senare om brukaren har svårigheter i denna fas. Använd metodhandledare för att göra avvägningen mellan att vara ordentlig och göra nödvändiga undantag. Alla arbetsblad i original finns vid flik 4.

### **Aktuella arbetsblad i kartläggningen**

Om ni vill använda andra arbetsblad eller utredningsmetodik så kompletterar ni med det. Om ni genomfört/genomför andra liknande moment för utredning eller biståndsbedömning så kan ni stryka/ lägga till. Men glöm inte att kartläggningen framförallt handlar om att brukaren skall få kunskaper om sig själv.

#### Arbetsblad för kartläggning

- Samtycke
- Checklista-Kartläggning
- Kontaktuppgifter
- Skattning av förändring
- En vanlig dag
- Hur ser vardagen ut
- Nätverkskarta
- Intervju
- QLS-100
- Livsstil och hälsa
- Närstående intervju  
Närståendeskattning
- Tidiga varningstecken & åtgärder

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

Det underlättar för brukares motivation, koncentration och uthållighet om man direkt efter resp. arbetsblad sammanfattar det viktigaste i arbetsbladet för sammanställning av kartläggning. Syftet med det arbetsbladet är att stödja brukaren att notera vilka områden som hen önskar förändra och vilka hinder som finns. Man behöver en helhetsbild innan man prioriterar vilka mål och åtgärder som är viktigast eller enklast att börja med.

### **Dokumentation**

Resursgruppsarbete är en omfattande och viktig insats och det måste framgå för andra vad som pågår, vilken plan som finns eller vad man kommit fram till. Om man t.ex. tvingas byta personal, handläggare eller brukaren söker akutvård så måste andra kunna se vilka som är inblandade och vad som pågår.

Se till så att de riktlinjer som finns i varje organisation följs och att t.ex. SIP harmoniserar med vårdplan och genomförandeplan. Brukaren äger arbetsbladen, sammanfattningen och originalet av sin individuella arbetsplan. Se alltid till så att brukaren har en pärm och ett system för att hålla reda på och kunna hitta viktiga papper när de behövs. Lämpligt är att VSS gör avskrifter eller kopior så att man kan följa upp och arbeta med arbetsbladen.

### **Checklista K för kartläggning och planering**

Checklistan är ett arbetsredskap för att planera och veta vad som utförts. Både brukare och VSS skall kunna se vad som gjorts. Man bör redan vid första mötet boka flera tider för kartläggningsfasen och preliminär tid för första resursgruppsmötet.

Brukaren förvarar den i sin pärm. Skriv datum i resp. kolumn så det framgår vem som deltog vid respektive moment. Checklistan skall sparas hos respektive organisation och kan ligga till grund för utvärdering av metoden och statistik för hur samverkan fungerar. Checklista och kopior på arbetsblad bör vara med vid metodhandledning. Andra checklistor finns för resursgruppsmöten och arbetsfas.

### **Arbetsordning**

Alla arbetsblad fyller en funktion, men en del punkter kan återkomma snarlikt i t.ex. intervju och på annat arbetsblad. Man kan anpassa ordningen och utförlighet efter

brukarens förmåga och inställning. Trötta inte ut brukaren. Man får ta hänsyn till tidigare erfarenheter av liknande situationer som kan ha känts svåra eller meningslösa.

Att starta med arbetsbladen: *En vanlig dag*, *Skattning av förändring* och *nätverkskartan* eller *intervjun* brukar fungera bra. *Intervjun* tar mer tid men är den del som bör ge en mer omfattande bild av brukarens situation, funktion, kunskap, behov och mål. Planlägg t.ex. anhörigintervjun direkt efter att nätverkskartan är gjord eftersom det kan behövas mer framförhållning för att bestämma tid med andra.

### **Samtycke**

Inför eller i samband med det första vård- och stödsamordningsmötet ska brukaren skriva under blanketten för samtycke. Samtycket skall även dokumenteras hos respektive organisation. På blanketten skrivs namn på VSS och vilken organisation man tillhör. Ni kan behöva förtydliga vad man samtycker till. Varje reviderad SIP är ju också ett förnyat samtycke. Blanketten kan även användas senare när det kommer in andra personer och organisationer i resursgruppssamarbetet.

### **Kontaktuppgifter**

Att veta vilka som finns runt brukaren och hur man får kontakt med dessa är bra för brukaren och andra. De två arbetsbladen börjar fyllas på i samband med det första vård- & stödsamordningsmötet. Ni kanske inte behöver fylla i alla uppgifter som inledning på kartläggningen, det kan upplevas onödigt formellt. Arbetsbladen behöver ändå fortlöpande kompletteras under kartläggningen. Ofta kan en nätverkskarta eller andra arbetsblad ge ny information man behöver notera. Kontaktuppgifterna skrivs av(kopieras) så att alla berörda parter får en kopia. Arbetsbladen sparas i en pärm hemma hos brukaren.

### **En vanlig dag**

Detta arbetsblad kan vara en bra start på själva kartläggningen. Arbetsbladet är en kartläggning av hur brukarens vardag ser ut. En del brukare behöver mycket guidning och stöd för att minnas vad som händer en vanlig dag. Ett bra sätt att fylla i arbetsbladet är att utgå från när brukaren går upp och sedan ta timma för timma eller aktivitet för aktivitet vad som händer under dygnet. Det viktigaste som framkommer

noteras i *sammanfattning av kartläggning*. Arbetsbladet sparas i en pärm hemma hos brukaren.

### **Skattning av förändring**

Arbetsbladet: *skattning av förändring* handlar om hur nöjd man är med sin situation. Syftet med att följa brukarens subjektiva bedömning av dessa fyra påståenden är att försöka mäta förändringar utifrån den enda riktiga expertens perspektiv.

Resursgruppsarbetet innebär att stödja brukare att skaffa sig mer kunskap om sig själv. Återkommande självreflektion och samtal kring vad som bidragit till eventuella förändringar ökar denna kunskap. Detta arbetsblad skall brukaren fylla i inledningsvis (senast en månad efter man inlett arbetet som VSS) och därefter lämpligen innan varje nytt resursgruppsmöte. Det är viktigt att brukaren gör det självständigt, fritt och utan hänsyn till tidigare skattning.

### **Hur fungerar vardagen**

Detta arbetsblad kompletterar *En vanlig dag*. Brukaren får själv bedöma sin förmåga i några olika vardagliga funktioner. Informationen som framkommer kan ligga till grund för kommande målsättningar i SIP. Vid senare uppföljningstillfälle kan denna göras om som utvärdering. Brukarens självskattning kan även kompletteras med en närståendes(eller annan personals) bedömning av samma frågor. Arbetsbladet sparas i en pärm hemma hos brukaren/patienten.

### **Nätverkskarta**

Nätverkskartan syftar till att tydliggöra vilka personer som finns i brukarens nätverk. Här kan både professionella och närstående finnas med. Identifiera personer i nätverket som kan vara en resurs att använda sig av när man vill jobba för att nå ett mål. För dem som har ett begränsat nätverk eller ett nätverk som kanske bara består av professionella kan arbetsbladet väcka mycket känslor. Om informationen som framkommer ger funderingar om förändringar så noteras dessa i sammanfattningen. Nätverkskartan behöver ofta redigeras och kanske fyllas på under arbetsfasen. Ett bra tips är att använda blyerts och suddgummi när man gör nätverkskartor. Arbetsbladet sparas i en pärm hemma hos brukaren/patienten.

### **Intervju**

Intervjun är en möjlighet att skapa allians genom det utforskande intresse man visar för brukarens situation och mål. Man tar i samtal reda på den intervjuades åsikt, kunskap och tolkning av händelser och problem. Detta har stor betydelse för kommande åtgärder och problemhantering. Man bör ha mer fokus på nutid och framtid än erfarenheter långt tillbaks. Ofta framkommer det information som är okänd men viktig för det fortsatta arbetet. Vid Intervjun bör båda vård- & stödsamordnarna delta. Det är vanligt att intervjun kräver två träffar.

Arbetsbladen är förslag på bra frågor att ställa. En del personer är mångordiga och andra har svårt att svara. Det kan vara bra att prioritera det viktigaste för att det inte skall dra ut på tiden. Ni behöver inte utförliga svar på varje fråga. En av er kanske tar ansvar för de utforskande frågorna och den andre noterar. Sammanfatta sedan det viktigaste tillsammans med brukaren. För kortfattat in vad brukaren vill förbättra i sammanfattningen.

*Kanske skall ni utifrån nätverksskarta och intervju nu välja vilka närstående som kan vara bra att intervjua. Detta kan ju behövas några veckors framförhållning för att bestämma en tid.*

### **QLS-100**

Syftet med QLS-100 är att få information kring ytterligare livsområden som brukaren/patienten inte är nöjd med. Tanken är att brukaren läser och ringar in det denne inte är nöjd med utan att stanna upp för någon längre eftertanke. Brukare gör ofta detta helt självständigt som en egen uppgift. Arbetsbladet sparas i en pärm hemma hos brukaren.

### **Intervju av närstående/resurspersoner**

De som intervjuas väljs med stöd av VSS, ut av brukaren. Arbetsbladet är förslag till frågor som kan vara bra att ställa. De är underlag för ett samtal och man får prioritera vilka som är viktigast. Intervjun ger kompletterande information om brukarens situation och närståendes kunskap, förmåga och behov. Intervju syftar till att så långt möjligt ge närstående möjlighet att bli delaktiga i arbetet runt brukaren. Dessutom ges en möjlighet för närstående att beskriva de påfrestningar man utsätts för och sin erfarenhet av vård och stöd. Vissa frågor kan vara svåra och man bör vara två vid intervjun.

Det kan vara av vikt att intervjua närstående enskilt eftersom deras olika kunskaper och påfrestningar annars kanske inte framkommer. Kanske har brukaren tankar om detta. Man bör i förväg med brukaren diskutera hur detaljerat resultatet av anhörigintervju skall presenteras för brukaren.

Efter intervjuer av närstående behöver vård- och stödsamordnarna träffas för att sammanfatta och analysera vad som kommit fram i intervjuerna. Syftet är att identifiera närståendes känsloklimat och belastning. Intervjun/intervjuerna och analysen ligger sedan till grund för nivå på utbildning om sjukdomen och stresshantering i resursgruppen.

Om brukare inte har, eller vill ha med, anhöriga får man avvakta med denna del.

### **Åtgärdsplan vid tidiga tecken**

Att tidigt identifiera tecken på försämring och kunna aktivera en handlingsplan ökar brukarens förutsättningar att långsiktigt må bra, undvika sjukhusvård och att nå sina mål. Genom att kartlägga vad som tidigare förändrats i vanor, beteende och relationer innan en psykisk försämring, kan brukaren lära sig sina personliga tidiga tecken på försämring. Som hjälp för att identifiera de tidiga tecknen finns blankett med frågeställningar att utgå från

Brukaren skriver in sina varningstecken på arbetsbladet. Med hjälp av 6-steps problemlösning kan man sedan komma på åtgärder brukaren skall göra när man märker av tidiga tecken. Dessa skrivs in och kompletteras med de åtgärder man vill att andra skall göra om de ser varningstecken. Namn och telefonnummer på personer som kan kontaktas fylls på i arbetsbladet. När man börjar må sämre kommer troligen förmågan till konstruktiva åtgärder vara svårast. Det innebär att man mycket tydligt skall skapa förutsättningar för att denna åtgärdslista kan aktualiseras när den som bäst behövs. Alla som är omnämnda i *Tidiga tecken med åtgärder* skall ha en kopia. Vård- & stödsamordnarna ansvarar för att informera berörda kollegor. I samband med varje Resursgruppsmöte läser gruppen igenom *Tidiga tecken med åtgärder* och gör vid behov revideringar.



## **Livsstil, hälsa och motion**

Idag finns mycket kunskap om att människor med psykisk ohälsa har en kraftigt försämrad fysisk hälsa. Det finns en ökad risk för bl.a. övervikt, diabetes och högt blodtryck som kan ge livshotande sjukdomstillstånd. Att under kartläggningsfasen även undersöka kost, motion, alkohol och tobaksvanor kan ge underlag och motivation till förändring. Arbetsbladet skall användas för samtal och kartläggning samt ge underlag till vidare information, undersökningar och målsättningar. Audit(Dudit)-formulär är lämpligt som tillägg att använda om man behöver tydliggöra alkohol/drogbruk.

## **Planeringsfas som följer vid nästa flik innehåller**

Sammanfattning av kartläggning

Analys och prioritering

Målformulering och personlig plan

Bjuda in till resursgruppsmöte

Tidiga varningstecken

Problemlösningsmetodik

**CHECKLISTA- Kartläggning och planering inför Resursgrupp/SIP**

Namn: \_\_\_\_\_

Samordnare/CM \_\_\_\_\_ &amp; \_\_\_\_\_

**Vad skall göras? Vad är gjort? När? Fram till första resursgruppsmötet.**

<b>KARTLÄGGNING</b>	Närvarande <i>Datum:</i>	Närvarande: <i>Fyll i datum:</i>	Kommentar
Kontaktuppgifter Första mötet:			
Nätverkskarta			
Intervju			
En vanlig dag			
Hur fungerar vardagen			
Anhörig/närstående intervju			
Livsstilsfrågor			
QLS-100			
Tidiga varningstecken			
Annat:			
Annat:			
<b>PLANERINGSFAS</b>			
Sammanställning av kartläggning			
Analys, prioritering, Diskutera mål			
Lära ut Problemlösning			
Åtgärder vid varningstecken			
Formulera personlig plan med delmål			
Bjuda in personer till din resursgrupp			
Göra agenda för Resursgruppsmötet			

**Första  
resursgruppsmötet:**  
Arbetsplan/SIP beslutas.  
Datum:

**Närvarande:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_