

# Information om Vård- och stödsamordning och resursgruppsarbete

Ett Samarbete mellan psykiatriska sjukvården och socialtjänsten för gemensamt arbete med psykiskt funktionshindrade

## VARFÖR SKALL VI SAMVERKA?

Personer med allvarliga psykiskt funktionshinder har dagligen fullt upp med att lindra sina besvär för att undvika att må ännu sämre. Att göra det man mår bäst av i stunden innebära att man får svårt med långsiktiga strategier för att nå det man vill, återhämta sig och minska konsekvenserna av den psykiska sjukdom man drabbats av. Trots att behandlingar och stödinsatser påverkas av vad andra i nätverket gör/inte gör, så har många psykiskt funktionshindrade erfarenhet av att arbetet inom sjukvård, kommun och myndigheter inte hänger ihop och att en långsiktig plan saknas. Dessutom involveras inte närstående i önskad utsträckning, trots att de påverkas och kan påverka situation i hög utsträckning.

För att främja långsiktig återhämtning och vara effektivt måste insatser koordineras och ske i rätt ordning.

Alla brukare som har kontakt med både kommun och psykiatri har enligt lag, rätt att få stödinsatser i samverkan. Samverkan skall alltid ske och en samordnad individuell plan i skall göras när behov finns.

## VAD INNEBÄR VÅRD- OCH STÖDSAMORDNING OCH RACT?

Resursgruppsarbete(RACT) är en kombination av organisation, behandling och stöd, för att integrerat arbeta med närstående och professionella, enligt ACT-principer och andra evidensbaserade metoder. Arbetet sker långsiktigt och metodiskt för att ge personer med psykiskt funktionshinder avgörande inflytande över sin egen rehabilitering och motivation för återhämtningsfrämjande insatser. Man skiljer tydligt på kartläggning, analys, målformulering, planering, åtgärder och utvärdering.

RACT ger brukaren möjlighet att kartlägga sina och nätverkets resurser, kunskaper och behov, samt underlag för att formulera målsättningar och fatta beslut om åtgärder. Brukarens individuella behov, mål och prioriteringar styr arbetet och målsättningen med arbetet är att förbättra det dagliga livet och bli mindre beroende

### **ACT-principer:**

- Integrera stöd, behandling och olika professioner.
- Arbeta i hemmet
- Aktivt ihärdigt uppsökande
  - Krisförebyggande
- Fast vårdkontakt

av andra. Man jobbar endast med det brukaren vill och det är brukaren som bestämmer innehållet i sin plan och på resursgruppsmöten.

Man samlar personer ur det professionella samt privata nätverket i en resursgrupp och man fokuserar även på att minska påfrestningar hos närstående. Man utgår helt från brukarens egen kartläggning och dennes långsiktiga mål.

#### 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.

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

Vård och stödsamordning(VSS) är en organisationsform 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. 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. Man kan vara ensam VSS och då vara från antingen socialtjänst eller öppenvårdpsykiatri.

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. 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.

Alla möten bör ske i brukarens hem eller där hen vill vara.

## OLIKA FASER I RESURSGRUPPSARBETET (RACT)

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

- Man gör nätverkskartor, kartlägger vardagen, tar reda på kunskaper, erfarenheter, intressen, resurser, behov, problemområden och sjukdomsyttningar. Man frågar om kost, motion och varningstecken.
- Man intervjuar närstående för att fånga deras erfarenheter, kunskaper och frågor
- Vårdens och socialtjänstens bedömningar och erfarenheter sammanfattas

Viktigt är att förändringar och åtgärder inte genomförs innan planen är upprättad (om de inte är av brådskande art).

Kartläggningen övergår i en planeringsfas där brukaren med hjälp av VSS analyserar sammanställningen och prioriterar vad man behöver börja med. Brukaren bestämmer sina personliga långsiktiga mål och formulerar detta i en personlig plan. De personliga målen kan exempelvis handla om att få ett jobb, träffa en vän, undvika att hamna på sjukhus, hjälpa barnen att lära sig simma eller att komma upp på morgonen. Delmålen för att nå det personliga målen ska vara konkreta och mätbara. Målen utvärderas inför resursgruppsmöte var 3:e månad.

Den personliga planen uppfyller de kraven som finns för en **”samverkande individuell plan”(SIP)**. Originalen förvaras brukaren hemma och personalen kan göra

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 (gäller både brukare och personal)

Man utgår från att man behöver hjälp med att bibehålla motivation

Man behöver ett långsiktigt, planlagt och strategiskt arbete.

Man arbetar endast med de mål brukaren har, inte vad andra tycker är viktigt

kopior för att t.ex. föra in i vård- och genomförandeplaner eller för annan nödvändig dokumentation.

**Resursgruppens** uppgift är att stärka befintligt nätverk, inte att ersätta det. Utifrån kartläggningen

*Resursgruppsmöten och planen är utgångspunkten i allt som görs*

och den personliga planen bjuder brukaren tillsammans med VSS in personer som är viktiga för brukaren till resursgruppsmöte. Privata och/eller professionella som kan bistå och möjliggöra att arbetet går framåt. Deltagare kan vara föräldrar, läkare, vänner, socialsekreterare, boendestödjare, primärvården, rehab-personal, god man etc. Några är alltid med och andra då de behövs kring ett specifikt mål. 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.

Resursgruppen träffas var tredje månad. Det är då man förankrar och reviderar planen. Det är vid resursgruppsmöten man kommer överens om och ser till så att de

*Om du bjuds in till resursgruppsmöte skall du delta! Brukaren bestämmer agendan och håller i mötet (med stöd). Mötet bör ske i hemmet*

inblandade känner till alla åtgärder som skall göras av vem. Det är bara vid resursgruppsmötet som förändringar av planen görs. I planen skrivs in vilka åtgärder som skall göras och av vem.

**Arbetsfas** av RACT inleds med det första resursgruppsmötet. Man arbetar med skilda interventioner beroende på vilka mål brukaren har, men alltid med åtgärder i enlighet med socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser för att förebygga psykisk försämring och möjliggöra återhämtning. Det kan t.ex. handla om:

- Utbildning och träning av problemlösningsmetodik, stresshantering, symtomhantering, sociala färdigheter samt tidiga tecken på försämring
- Närstående involveras och stöttas i aktiva insatser. Utbildning genomförs kring sjukdom, behandling, stressreduktion, tidiga varningstecken och krisplanering, med närstående och brukare tillsammans.
- Metodisk utvärdering av medicinering och andra behandlingsinsatser
- Livstilsfrågor och kroppslig hälsa.

- Brukare skall vara aktiv och träna sin förmåga med hjälp av olika hemuppgifter.
- Resursgruppsmöten sker var 3:e månad under lång tid.

Vård- och stödsamordnarna koordinerar insatserna som genomförs av VSS eller andra från verksamheten som är bäst lämpade för respektive uppgift.

Insatserna individualiseras när man(brukaren) inför varje RG-möte utvärderar om man genomfört planering, vad som fungerat, om delmålen uppnåtts och vad som skall ändras.

Att genomföra de rekommenderade insatserna och uppnå brukarnas mål är ett flerårigt arbete. Det kräver mycket övning, hemuppgifter och repetition.

När man genomfört de rekommenderade interventionerna, mål är uppnådda och samordningen är stabil, övergår RACT i en **stödfas**. Man kan då glesa ut resursgruppsmöten och/eller låta dessa fortsätta utan stöd av VSS.

Vård- och stödsamordning är ett erbjudande och personen skall veta att man kommer att få mycket och långsiktigt stöd, men även att det även innebär ett eget aktivt arbete och inledningsvis fler möten och en hel del arbetsblad. Samarbetsmodellen förutsätter brukarens uttryckliga medgivande till att huvudmännen samarbetar och utbyter information. VSS/RACT är inte bistånd man kan söka utan en metod som använts för att genomföra beslutat bistånd och organisera adekvata vårdinsatser.

Att **erbjuda och motivera** till RG/VSS skall vara en "normal process" där initiativ tas utifrån att brukare/nätverk/personal/handläggare ser behovet, att det är relevant och att inte kolliderar med annat. Samordnare blir vanligtvis den personal som har huvudsaklig kontakt med brukaren. Det innebär t.ex. den som är behandlare eller boendestödjare.

RACT har visat sig innebära minskade behov av insatser både från sjukvård och kommun på sikt.

Psykiskt funktionsnedsatta blir motiverade till förändring när de själva får bestämma, man arbetar med deras mål och metodiskt stöttar återhämtningen.

#### Lämpligt tillfälle att inleda RACT med VSS?

- ”Ny person” för verksamheten, där man ser ett komplext långvarigt samverkansbehov och som man ändå skall lära känna, kartlägga och bygga allians.
- När man är ny personal för en ”brukare” som man ändå skall lära känna och börja långsiktigt arbete.
- När brukare är länge på behandlingshem eller ofta på sjukhus.
- Där samarbetet med nätverk inte fungerar. Där man kört fast, där brukare eller närstående är missnöjda.
- Där man har svårt att få allians och motivation.
- När personer flyttar hemifrån/från/till särskilt boende eller som på annat sätt får stor förändring i sitt stöd
- När personer sviktar och har p.g.a. speciella behov: Har barn som påverkas, graviditet, allvarlig somatisk sjukdom etc
- Nyinsjuknade(här bör man ju oftast anpassa och initiera resursgrupp direkt för att möta krisen, organisera akuta stödinsatser och sedan när det lugnat sig lite, inleda långsiktig kartläggning).

I Sverige arbetar man enligt RACT i olika varianter och omfattning. Det organiseras ibland gemensamt kommun-psykiatrisk sjukvård och ibland enbart inom antingen psykiatrin eller kommunen. Goda erfarenheter finns från arbete med personer med missbruk och psykiska funktionshinder

#### **Nationella riktlinjer för vård och stöd vid Schizofreni och liknande tillstånd**

förespråkar samordnade integrerande insatser vid omfattande psykiska funktionshinder. ACT och Case management(VSS) har högsta prioritet bland andra rekommenderade evidensbaserade insatser. Vidare finns regionala samt lokala avtal och överenskommelser mellan den psykiatriska sjukvården och kommunerna som beskriver att samverkan skall genomföras enligt dessa metoder.

*För insatser av Vård-och stödsamordnare gäller samma lagar, avtal, rättigheter och avgifter vid insatser från kommun och sjukvård som för övriga medborgare*

# ARBETSGÅNGEN KÖRSHEMA

Vård- och stödsamordnare/CM  
Organiserar, koordinerar, håller struktur  
och informerar berörda

**MOTIVATION-ARBETSALLIANS**  
**FÖRSTA TRÄFFEN-Hembesök**  
Informera om VSS och  
arbetsgången  
Boka tider, Skriva på samtycke

**KARTLÄGGNINGSFAS**  
Utforskande arbetsblad & intervju  
Daglig livsföring, behov, livskvalité, problem,  
nätverk, träffa närstående, kunskap och mål  
Bygga allians

**PLANERINGSFAS**  
Sammanfatta kartläggning. Brukaren  
analyserar och prioriterar. Individens  
formulerar mål, delmål och skissar på en plan  
Tidiga Varningstecken med åtgärdsplan, lära  
ut problemlösning  
Bjud in resurspersoner, planera för  
Resursgruppsmöte

**1:a RESURSGRUPPSMÖTE**  
Integrera närstående och  
professionella  
Informera om kartläggning  
Bestäm planen-SIP  
Planera och fördela uppgifter

**ARBETSFAS**(så länge den behövs)  
Åtgärder enligt planen för att nå målen  
Långsiktiga strategier för att minska problem, vårdbehov och öka  
funktion.  
Alla insatser från vård och stöd samordnas via resursgruppen.  
Problemlösning, psyko-pedagogik, social färdighetsträning, medicin  
översyn, livsstil, fysisk hälsa, stresshantering, förebygga försämring.

**STÖDFAS**  
Efter uppnådda mål & genomförda  
strategier.  
Fortsätta men kanske glesare  
resursgruppsmöten med  
(eller utan VSS?)

**RESURSGRUPPSMÖTEN**  
var 3:e månad  
Utvärdera, revidera,  
nya delmål och  
åtgärder

Återhämtning?  
Avslut/vilande?

## Ordlista och några förkortningar

**ACT- Assertive Community Treatment.** Innebär samhälls (hem)baserat, aktivt och ihärdigt uppsökande arbete där en Case manager är utförare för 8-12 individer, i ett litet team med psykologisk, social, arbetsinriktad och psykiatrisk kompetens ingår.

**Brukare,** kallas i olika sammanhang för klient, patient etc,

**CM-Case Manager** – På svenska Vård- och stödsamordnare. En av verksamheten utsedd person som har i uppdrag att ansvar för, planera, koordinera, leda och utvärdera insatser för den enskilde brukaren. Arbetar inom socialtjänst eller sjukvård.

**Resursgruppsmöte.** Ett regelbundet möte (var 3: mån.) med brukaren, VSS och de personer brukaren bjudit in. Mötets fokus är brukarens plan

**Resursgrupp.** De personer som brukaren bjudit för att kontinuerligt hjälpa till att genomföra planen. Från både privata och professionella nätverket.

**SIP- Samordnad Individuell Plan.** Sjukvård och socialtjänst måste upprätta en SIP om en brukare vill och har behov av det. Man måste komma till ett SIP-möte om man blir kallad. Ett resursgruppsmöte i RACT är samma som ett SIP-möte.

Den plan som man arbetar efter i RACT kallas ibland Personlig plan eller plan för personlig utveckling. Socialtjänst gör Genomförandeplan och sjukvården Vårdplan för sitt arbete.

**IPS Individuellt placerat stöd.** En arbetslivsinriktad rehabilitering. Mycket god effekt. Prio 1 i Nationella riktlinjer

**ESL – Ett självständigt liv.** Social skills training. Ett psykopedagogiskt program för ökande av färdigheter. Det finns olika ESL-manualer som Steg för Steg, ESL-Ekonomi och ESL-Vardagssamtal. Prioritet 1, i nationella riktlinjer. Läs mer på [eslda.se](http://eslda.se)

**Integrerad Psykiatri-** Ett vårdprogram för psykiatri (vanligvis psykosvård) som inbegriper RACT och CM

**NR- Nationella riktlinjer** från Socialstyrelsen för olika sjukdomstillstånd.  
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

**SIMBA-** Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale. Närvårdssamverkan mellan sjukvården och Ale, Kungälv, Stenungssund och Tjörns kommuner. Initierade Vård- och stödsamordningsarbete 2012.

**VSS-Vård- och stödsamordnare** se Case manager

**VSS-möte** - kallas ibland Lilla resursgruppen. Arbetsmöte med Brukaren, vård- och stödsamordnare och kanske någon mer med tätt kontakt med brukaren.

**ÅP- Återfallsprevention,** ofta innehållande MI( Motiverande intervju), tidiga varningstecken och Stresshantering