

Vård och stödsamordning och resursgruppsarbete

# Att arbeta enligt RACT

## Genomförandefasen av resursgruppsarbete

### Mål för arbetet

Ökad självständighet och oberoende

Ge brukaren underlag, kunskap och möjlighet att fatta beslut om stöd och behandling.

Lyfta fram och stödja motivation till förändring

Minska försämringsperioder, inläggning på sjukhus och möjliggöra återhämtning.

Minskad belastning och ökad förmåga att handskas med påfrestningar.

Att anhörigas påfrestning ska kunna sänkas

Att öka brukarens kunskaper och färdigheter är centralt för att nå målen.

Att öka resursgruppens kunskap och färdigheter i att jobba med brukarens mål.

Koordinera samhällets insatser för brukare och få dem brukarstyrda

## Olika evidensbaserade strategier, interventioner och metoder behöver användas. Här nämns de vanligaste och viktigaste

Problemlösning enligt 6-stegsmodellen och hemuppgifter används inom de flesta strategier

- Utbildning om sjukdom, behandling, stressorer, med och utan närstående  
Stresshantering
- Tidiga varningstecken och åtgärdsplan
- Annan återfallsprevention
- Sociala färdighetsträning
- Arbetsinriktad rehabilitering-IPS
- Symtomhantering
- Systematisk medicinöversyn
- Kroppslig hälsoundersökning, provtagning och stöd i sjukvårdkontakter
- Motion
- Kost
- Psykoterapeutiska insatser, som KBT
- Kognitiv träning
- Utbildning om privatekonomi
- Handledning kring kommunikation i familjer

### Tips och råd i resursgruppsarbetet

Att arbeta metodiskt för att nå brukarens mål är centralt. Du, som personal har sedan tidigare mycket kunskap utifrån din erfarenhet av målgruppen, de utbildningar du gått och den litteratur du läst kring psykiskt funktionshindrade och resursgruppsarbete. Den kunskapen har du god nytta av under arbetsfasen. Mycket kunskap finns i Case management och resursgruppsarbete (CMR). Ett annat bra material är Ett självständigt Liv-materialet(ESL): Steg för Steg. Vi har i sidorna som följer sammanställt några saker att tänka på, bra arbetsblad eller

kunskapssammanfattningar. Eftersom varje brukare formulerar sina egna mål för resursgruppsarbetet kommer innehållet i arbetet att se olika ut. Du kan använda dessa tips, råd och instruktioner som en verktygslåda där du plockar fram det du behöver när det behövs. Vissa moment ingår alltid, andra moment bör du få med och andra moment dyker mer sällan upp. Du får själv lägga till metoder och arbetsblad du eller din organisation har tillgång till.

### **Arbetsfördelning mellan VSS och övriga**

Vem som utför uppgifter varierar mellan olika resursgrupper. VSS är ofta de som genomför olika åtgärder tillsammans eller var för sig, men det kan även vara så att insatserna utförs av andra inom kommunen (t.ex. boendestödjare, hemsjukvård, missbruksteam, rehab-personal eller handläggare) eller psykiatriska sjukvården (t.ex. läkare, psykolog, arbetsterapeut). Det är ofta brukaren själv eller någon i/utanför resursgruppen som gör åtgärder.

Under en period kan det vara den "kommunanställda" VSS som har tätare kontakt och under en annan kan det vara sjukvården. Vem som gör vad styrs av vem som är lämpad, har möjlighet och av vilka uppgifter som tillhör respektive organisation. T.ex. brukar man ofta säga att utredning och aktiv behandling för psykiskt funktionsnedsatta tillhör den psykiatriska sjukvården och att psykosociala insatser samt stöd att klara boende etc. tillhör kommunen. Detta kan variera från fall till fall, men finns reglerat i övergripande överenskommelser och lokala samverkansplaner. Man har mandat att fördela arbetet mellan sig, men utifrån gällande riktlinjer.

Övriga inblandade (handläggare, läkare, chefer, andra delar av kommun eller sjukvård) behöver förstå det speciella mandatet och resursgruppens centrala funktion. På sikt är det alltid bra om resursgrupp och brukaren kan göra så mycket som möjligt själva. Vård- och stödsamordnarna skall organisera, underlätta och följa upp det som görs. Man är ofta både samordnare och utförare men i väldigt varierande grad. Detta innebär att den ena av två som är VSS kanske är väldigt aktiv och den andre bara blir aktiv vid behov. Man fortsätter att vara två VSS även om den en inte behöver vara så aktiv, för att brukaren och resursgrupp. Man lägger väldigt olika mycket tid för olika brukare

## VSS- möte

Förslag på upplägg och tips för en träff finns som bilaga. Möten hålls i brukarens hem eller möjligen på annan plats som denne anser lämpligt. Frekvensen av möten med de två VSS och brukaren varierar utifrån arbetsplanens innehåll och under olika faser av resursgruppsarbetet. När arbetet löper på, samarbetet är stabilt och bådars närvaro inte behöver vara så frekvent träffas man kanske inte alltid tillsammans, men man träffas alltid minst var tredjemånad vid resursgruppsmötet.

Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete är ett långsiktigt arbete med det övergripande målet att individen skall återhämta sig.

Innan kartläggningen är klar och en plan är formulerad genomförs egentligen inga åtgärder eller förändrade insatser. Givetvis kan viktiga och brådskande interventioner göras om det är nödvändigt, men annars är det av vikt att mål och åtgärder bygger på sammanställning av kartläggningen, planläggning och en förankring i resursgruppsmöte.

Arbetsfasen startar med det första resursgruppsmötet och pågår under resten av den överenskomna tiden då rehabiliteringsarbetet sker med hjälp av Vård- och stödsamordnarna(VSS) och nätverket. Arbetet följs, utvärderas och revideras inför och vid resursgruppsmötena. Man arbetar utifrån den upprättade personliga arbetsplanen med att öka kunskap, lösa problem, lära ut metoder och öva färdigheter. Innehållet i arbetet kommer att variera stort utifrån varje brukares målsättningar, men stresshantering, medicinöversyn, social färdighetsträning, aktivitetsplanering och hemuppgifter brukar återkomma. Uppgifter kan vara utlagda på brukaren och/eller delar av resursgruppen. Man träffas i resursgruppen var tredje månad. Arbetsfasen övergår vanligtvis till stödfasen då man fortsätter träffas på resursgruppsmöten, men där Vård- och stödsamordnare kanske inte har så aktiv roll. Resursgruppsmöten kanske glesas ut, men kan återaktiveras om kriser uppstår eller förhållanden behöver förändras

Man träffas inte bara när det behövs, d.v.s. när arbetet inte fungerar, utan man träffas var 3: månad för att annars fungerar det inte!

## Brukarens inflytande och självbestämmande

För att kunna bli mer självständig och få kraft att styra över stöd och behandling krävs kunskap och träning. För att brukaren skall kunna fatta beslut behöver de

kunskap om alternativ och för och nackdelar med dessa. En av arbetsuppgifterna i arbetet som VSS är att stödja och utbilda brukare tillräckligt för att förstå de alternativ som finns för behandling och stöd. Även personer inom vård och omsorg kan behöva tränas för att se till så att brukaren får underlag för beslut.

## **Delat beslutsfattande**

Är ett förhållningsätt som skall genomsyra alla insatser som görs inom sjukvård och socialtjänst oavsett var i organisation eller vårdprocess man befinner sig. Det betyder att vård/stödgivaren ger så ordentligt underlag och fakta som möjligt för att brukaren skall kunna göra sina val av möjliga insatser.

Metoden syftar till att hjälpa hen att spela en aktiv roll i beslut som rör hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling. Arbetsbladet för 6-steps problemlösning kan vara ett bra hjälpmedel för brukaren att välja åtgärd

## **Den ”Samordnade individuell planen”(SIP)**

Se till så att brukaren har ordning på senaste versionen av sin plan. Vem ser till så att resursgruppen har/får uppdaterade kopior? Se till så att även andra som kan behöva vara informerade, får en kopia och nödvändig information om planen. Detta kan gälla andra viktiga närstående, annan personal/enhet inom sjukvården och kommunens handläggare och andra berörda. Självklart måste det vara godkänt av brukaren. Det måste av den personliga arbetsplanen framgå vem som skall göra vad, när planen senast skall utvärderas och vem som har huvudansvar för att planen blir uppföljd i tid.

## **Dokumentation och ordning**

Brukaren äger kartläggningssammanställning och har originalet av sin SIP. Vård- & stödsamordnarna ansvarar för att brukaren har en egen pärm att samla alla arbetsblad i. Man skall aktivt stödja brukaren att organisera sina viktiga papper så att de kan användas vid behov. Tydliggör och separera hemuppgifter och genomförda problemlösningar, etc. Se till så att de viktigaste bladen som t.ex; *Tidiga varningstecken, stresshantering och arbetsplan* är lätta för brukaren att hitta när de behövs.

VSS från vården och kommunen får ta kopior eller göra avskrifter för att föra in egna vård och genomförandeplaner eller för annan nödvändig dokumentation.

Personal måste följa de riktlinjer och direktiv för dokumentation och kostnader som finns i varje organisation. På samma sätt som man gör vid annat arbete.

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

Det är av vikt att dokumentation inte blir viktigare än arbetet med brukaren.

Arbetsbladen skall ses som just arbetsblad och behöver inte journalföras om de inte sparas. Originalen ägs och sparas av och hos brukaren. En SIP skall alltid finnas och vara känd hos de som behöver ha den, både närstående och anställda, så att inte andra åtgärder motarbetar innehållet. Innehållet i SIP kan ju enkelt föras över till genomförandeplan och vårdplan i respektive journalsystem, när detta krävs.

*Samtycke till informationsutbyte* skall sparas och dokumenteras i journal. Personlig arbetsplan, tidiga tecken och checklistan sparas tillsammans med aktuella arbetsblad lämpligen i en arbetspärm under pågående arbete.

## Motivationsarbete.

Att förmedla hopp om att förändring är möjlig och att peka på att individer med långvariga psykiska

funktionsnedsättningar kan bli återhämtade är av stor vikt under allt arbete med målgruppen. Förändring kräver ansträngning och ansträngning kräver att man tror på att förändring är möjlig. Förhållningssättet kan beskrivas som utforskande, motivationsinriktat och alliansskapande.

Målen styr arbetet. En nedskriven plan med delmål gör ingen nytta om den enbart sitter i en pärm eller i en datajournal. Den måste vara närvarande när man ställs inför svårigheter. Många med psykisk ohälsa gör det som känns bäst i nuet. Det som känns bäst just nu innebär oftast att man undviker det som är svårt. Många behöver mycket hjälp för att påminna sig om syfte med att göra det som kan vara svårt.

Man behöver återkommande uppmuntra och påminna om motivation: ”*Vad har du att vinna på att nå detta delmål? Vad kan vara bra med att göra denna hemuppgift?*”

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

*På vilket sätt hänger det vi skall göra nu, ihop med dina långsiktiga mål, exv. Vad kan du vinna på att kunna använda dina personliga varningstecken på försämring? Vad är det för bra med att göra något som är svårt?*

## **Resursgruppsmöten**

Resursgruppsmöten kräver oftast en del planläggning och förberedande för att det skall bli så bra som möjligt. Både inför, under och efter mötet. Det kan handla om att; utvärdera tidigare åtgärder, förbereda brukaren och dennes agenda och möjlighet att leda mötet. Förarbeta och informera tjänstemän och närstående, förankra målsättningar och arbetsplan, förbereda uppgifter till resursgruppen, frågor till beslutsfattare etc. Resursgruppsmöten genomförs i brukarens hem. Den ansvariga läkaren och de två VSS bör alltid närvara vid resursgruppsmötet.

Det är av stor vikt att man inleder med att både innan och vid mötets start för alla, tydliggöra skillnaden på resursgruppsmöte och andra nätverksmöten som brukare och andra har erfarenhet av. Här är det bara den agendan som brukaren gjort upp som gäller, om någon annan vill ha med något så bör det godkännas i förväg av brukaren. Här är det brukaren eller möjligen VSS som på brukarens tydliga uppdrag håller i mötet. Man måste alltid se till så att nästa resursgruppsmöte är inbokat innan man skiljs åt.

I *checklista för resursgruppsmöten* skall du notera närvaro och datera när några viktiga moment har varit på agendan under resursgruppsmötet

## **Resursgrupps- eller närståendemöte utan VSS**

Målsättningen är att brukaren och personerna i resursgruppen på sikt själva skall kunna hålla i sina möten och den organisation som krävs för ett fortsatt samarbete. En målsättning med resursgruppsarbetet är att på sikt få brukaren att styra olika möten och resursgrupper. Detta kräver mycket förberedelser och övning. Det är av vikt att man redan från början tydliggör denna inriktning och ger exempel på vad det kan innebära.

## **Att planera för ett tydligt avslut**

Kontinuitet och långsiktighet är av vikt i RACT. Redan när en kontakt med VSS inleds, ska vi dock börja planera inför avslutet av kontakten. Normalitet är därför det

som ständigt ska eftersträvas. Men vad är normalt? I detta fall är det ungefär ”sådant som de flesta personer normalt själva klarar av”. Av stor vikt är att man kan förmedla hopp och tilltro kring personers förmåga att handskas med och kunna minska sina psykiska besvär och de hinder det för med sig.

Anledningen till Resursgruppsarbetet är ju att en person behöver stöd, behandling eller rehabilitering för något som hon eller han för tillfället inte klarar ensam. Målet är att personen efter Vård och stödsamordnares arbete själv ska klara av detta och liknande problem. Målet är att efter resursgruppsarbetet ha gett brukaren och nätverket resurser att själva styra och upprätthålla det stöd som behövs fortsättningsvis. Att vara tydlig och upprepa dessa mål ökar behovet att fokuserat arbeta mot de mål brukaren formulerat. Det innebär inte att vi på förhand kan säga att Vård och stödsamordningen upphör efter två år eller att brukaren kommer att klara sig utan hjälp. Kanske behöver och kan, arbetet fortsätta länge i en liknande mindre intensiv form eller med annat stöd.

## **Metoder och strategier att använda under arbetet**

I den senare delen av *Case management och resursgruppsarbete(CMR)* vid Flik 11, finns flera förslag på metoder, strategier och material att använda i rehabiliteringen med brukaren. I respektive verksamhet och inom psykiatriska sjukvården, kommunen eller hos andra samarbetsparter finns också många metoder, kunskaper, resurspersoner eller yrkesspecifika kompetenser att använda. Ni skall se till så att brukaren får tillgång till dessa kunskaper, resurser och metoder hos er själva och andra i era organisationer när det behövs. Vissa insatser kanske ni själva står för, men ofta initierar ni via resursgruppsmöten det andra genomför. I kommande avsnitt ger vi korta beskrivningar av återhämtningsinriktade strategier som ni behöver använda och eller som kan bli aktuella att jobba med. Här ges också tips på metoder och material att använda. I *Checklista för arbetsfas* skall ni datera när ni har genomfört rekommenderade moment med brukaren och/eller med nätverket. *Checklistan* gör att man kan följa om man kunnat arbeta utifrån rekommenderad kvalitet i RACT

## **Problemlösning**



Psykisk sjukdom kan leda till kognitiva nedsättningar vilket i sin tur kan påverka förmågan att lösa problem. Att ha en strukturerad metod för att handskas med det som dyker upp, samt för att nå det man vill är viktigt för brukarens framsteg och självständighet. Metoden 6-steps problemlösning är central för att hjälpa brukare att strukturera och planera hur man skall nå det man vill och handskas med återkommande hinder. Det är en lätt metod att använda i arbetet för personal och brukare som kan tillägna sig metoden efter lite träning. Problemlösning används efter att kartläggning och *personlig plan* gjorts men kan behöva introduceras, tränas och användas redan under kartläggningsfasen om problem behöver lösas eller alternativa förslag belysas. Resursgruppen kan behöva problemlösningssmetoden för att bestämma åtgärder för att nå delmålen.

Problemlösning enligt 6-stepsmetoden skall göras till en naturlig del av rehabiliteringen. När problem uppstår används metoden för att komma fram till en gemensam lösning. Metoden är också användbar i resursgruppsarbetet för att bestämma hur delmålen ska uppnås. Viktigt att tänka på att det är brukaren/patienten som bestämmer vilken lösning som skall användas.

**Att lära ut problemlösning till brukaren:** Som VSS skall man inte endast använda arbetsbladet för att lösa problem som dyker upp för brukare och resursgrupp. Man skall även använda arbetsbladet och metoden för att lära brukaren att självständigt lösa problem. Detta innebär att man hela tiden strävar efter att brukaren skall beskriva hur det går till, vad som är

#### Problemlösning stödjer brukaren

- Att spalta upp frågor/problem i vardagen
- Att klargöra sina mål
- Att få utforska sina egna resurser
- Att få respekt för sina egna önskemål och lösningar
- Att lära genom egna val & konsekvenserna av dessa
- Inspirerar och Frihet att få tänka annorlunda
- Ökar förmågan till kontroll över sitt eget liv

#### Problemlösning stödjer personalen

- Att låta brukaren få prova sig fram själv, att bli mer delaktig
- Stöder oss att ha tillit & is i magen
- Träning i att ställa frågan: Vem äger problemet?  
Stöd i att alltid hjälpa till att ställa frågor kring "plan B"  
Stöd i att alltid följa upp
- Hjälper till att undersöka – att inte veta
- Att inte alltid ha alla svar - träning i att inte alltid veta vad som är bäst
- En hjälp att inte styra brukaren för mycket
- Hjälper oss att hålla tungan rätt i mun

nästa steg etc. Arbetsbladet: *problemlösning* bör alltid finnas till hands och det är brukaren som skall läsa från arbetsbladet. Brukaren måste få chansen att träna in metoden återkommande innan denne kan använda den självständigt när det behövs. Målet är att brukaren skall kunna använda metoden utan arbetsbladet som stöd. Var noggrann, försök att göra hemuppgifter utifrån valda lösningar. Glöm inte att följa upp hur det gick. Gör kunskap av erfarenheterna; "vad skall du tänka på nästa gång"? Vad gjorde att det gick bra?

## **Psyko-pedagogik** för brukare och närstående.

I socialstyrelsens riktlinjer kring psykosociala insatser rekommenderar man att utbilda brukare och närstående tillsammans, vilket har visat sig ha bra effekt. Det finns utbildningsmaterial och kurser att använda som riktar sig till grupper med psykiskt sjuka. Det finns också studiecirkel för grupper av anhöriga. Inom ramen för resursgruppsarbete är det bästa att man enligt ovan nämnda forskning utbildar brukare och närstående tillsammans. Detta kan göras av VSS och/eller med hjälp av annan kompetens. Kunskapsområden kring sjukdomshantering, behandling, stresshantering, ekonomi m.m. återkommer på olika sätt under arbetsfasen.

Kom ihåg att generell kunskap om diagnoser och behandlingseffekter sällan stämmer helt in på en individ med en viss diagnos. Varje individs sjukdomsyttringar skiljer sig så mycket åt, att den generella kunskapen måste individualiseras och brukarens egen kunskap och erfarenhet är bra att använda. Gör kunskap av brukares erfarenheter och för även in generell kunskap om t.ex. sjukdomsyttringar, diagnoser, symtomhantering, behandlingsalternativ, orsaker. För att förmedla kunskap om diagnoser och behandling: Använd gärna *fakta och råd* på Sjukvårdsrådgivningens hemsida: <http://www.1177.se/Tema/Psykisk-halsa/>

ESL- Ett självständigt liv är ett psykopedagogiskt material kring olika områden som är aktuella för personer med psykiska funktionsnedsättningar

## **Att göra kunskap av erfarenheter**

Kunskap kan man få genom att läsa, gå en kurs eller genom att lyssna på andra. En viktig kunskapskälla är också de erfarenheter man själv har och gör utifrån det man själv eller omgivningen prövar. Ett vanligt bekymmer för personer som mår psykiskt

dåligt och har kognitiva svårigheter är det är svårt att dra konstruktiva lärdomar kring resultatet av vad man gör eller inte gör.

I arbetet med psykiskt funktionshindrade är det bra om man återkommande kan hjälpa brukaren att göra kunskap av erfarenheter! Använd utforskande frågor som: Hur brukar det bli när...? Vad kan du lära av ...? Vad var det som gjorde att det du planerat inte fungerade? Vad var det som gjorde att det gick bra? Hur skall du kunna göra det ännu bättre nästa gång? Repetera och befast. Hjälper brukare att komma ihåg.

## **Hemuppgifter**

*"Kunskap är inte mycket värd om man inte kan använda den".* Metoderna i Integrerad psykiatri handlar till stor del om kunskap och att lära sig använda den kunskap och erfarenheter man har. Hemuppgifter är mycket användbart dels för att pröva om man har de kunskaper som man behöver, dels för att öva sig att använda kunskaper i verkligheten och dessutom för att lära sig om sig själv. Hemuppgifter innebär att brukaren får chansen att testa färdigheter och ge feedback på vad som behöver arbetas mer med.

## **Stöttande och återupprättande av privata nätverk**

Håll Nätverkskartan aktuell, repetera och förändra den utifrån erfarenheter, nya mål eller personer som tillkommer eller skall flyttas på kartan. Ett bra tips är att använda blyerts och suddgummi när man gör nätverkskartor. Identifiera personer i nätverket som kan vara en resurs att använda sig av när man vill jobba för att nå ett mål. Skaffa en bild av nätverkets uppfattning av situationen, tidigare hjälpförsök, hur det fungerat, vad de behöver? Arbeta med att undersöka vilka personer man kan öka kontakten med eller vilka platser där brukaren skulle vilja vara mer.

## **Känslighet/belastning och stresshantering**

Ett övergripande mål för Vård & stödsamordning och resursgruppsarbete är att minska belastningen på brukaren och resursgrupp, alltså att minska stress. Alla åtgärder som beskrivs i manualen har detta syfte. Vi definierar här stress som den

påfrestning individen utsätts för i samband med anpassning till förändringar. En sådan bred definition måste baseras på en noggrann analys av varje individs förmåga, kognitioner, reaktioner och yttre krav. Med stresshantering avser vi mer inriktning och hållning än en behandlingsmetod. Förmedla kunskap om stress, öva stresshantering och förebyggande av stress. Identifiera brukares känslighet och vad belastning kan bestå av. Förmedla Kunskap om samband och skillnad mellan Tanke-Känsla-Handling. Om du kan andra metoder för att minska stress kan du troligen använda även dessa. Stresshantering hänger ihop med eller är en del av återfallsprevention.

## **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-steps 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

## **Social färdighetsträning - Öva brukarens kommunikationsförmåga**

- Vad gör en person som exempelvis vill ringa upp en gammal kompis, som man inte träffat på länge, eller vad säger han när han träffar vänner, efter att

ha legat inne på sjukhus en period? Man kanske inte vill berätta allt och inte där på gatan där vi kanske träffas.

- Hur gör jag när jag ska försöka få med någon på bio eller en fika?
- Eller om jag inte klarar att gå in på banken eller att handla, när jag inte gjort det på länge?
- Kunna säga nej eller framföra klagomål
- Socialt vardagsprat med andra, kunna tala med andra om hur man känner sig.

Det finns självklart en massa knep, men det bästa är att träna med hjälp av social *skills training* eller *social färdighetsträning*, översatt till svenska. Principen i social färdighetsträning bygger på att bryta ner kommunikation i mindre beståndsdelar och jobba med dem i delar. Gå framåt i små steg, genomföra mycket övningar och uppgifter. Man lär sig att klara av att nå personliga mål som sätts upp.

Metodiken innehåller rollspel, hemuppgifter, kommunikationskunskap och problemlösning. Metoden lämpar sig väl såväl för den som tidigare haft en kunskap eller förmåga, som man inte använt på länge, eller en person som aldrig tidigare klarat av att göra detta.

Socialfärdighetsträning enligt denna modell är den enda metod som visar tydligt effekt på social funktion

*I Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas Ett självständigt liv (ESL) som metod för social färdighets träning.*

**Symtom hantering** Det finns mycket kunskap och material i de psykiatriska verksamheterna kring, ångesthanteringstekniker, avslappning, att hantera röster m.m.

## **Medicinöversyn och kunskap om medicinsk behandling**

RACT rekommenderar att man följer riktlinjer om medicinering. Detta kan t.ex. handla om att man bara skall ha en sorts antipsykosmedicin eller hur dosminskningar bör prövas. En översyn av brukarens medicinordinationer, hur denne faktiskt tar medicin och vilken kunskap man har, skall alltid göras som en del av resursgruppsarbete. Brukares och läkarens kunskap om individuell medicinsk effekt, biverkningar och behandlingsalternativ skall gås igenom. Man bör också ihop med behandlande läkare

tydliggöra en plan för när mediciner skall utvärderas och med vilket intervall ev. förändringar skall göras. Brukarens skall med hjälp av metoder för delat beslutsfattande förstå behandlingsalternativ. VSS kan aktivt behöva förbereda dessa möten.

## **Livsstil och Kroppslig hälsa**

**Livslängd vid Schizofreni är förkortad med 15-20 år**

**60 % av detta tillskrivs somatisk sjukdom och kroppsliga konsekvenser av medicinering**

**Narkotika missbruk ger 25-30 år kortare livslängd**

Åtgärder utifrån *Arbetsbladet Livsstil/hälsa* är av vikt för målgruppen. Detta är problem som brukare delar med många andra och där nätverk och resursgrupp kan bidra. Ökad kondition har enligt forskningen stor effekt på den psykiska hälsan och minskar ångest och depression. För Personer med psykiska funktionshinder räcker det sällan med enbart information, kunskap eller Fyss/FAR. Man får utförligt planera förändringar kring kost och motion. Tänk på att ta lagom stora steg. Ta hjälp av det som era organisationer har. Forskning och erfarenheter har visat att man även rent praktiskt får se till så att det finns möjlighet till anpassad motionsverksamhet i grupp eller individuellt. Man får ofta jobba mer aktivt med hinder och stötta igångsättning. Det finns informationsmaterial och kurser om hälsa som riktar sig till psykiskt sjuka.

Det är VSS uppgift att se till så att man aktivt får till somatisk undersökning på vårdcentralen. Man behöver stöd för att söka vård och genomföra hälsoundersökningar, som t.ex mammografi.

### **Mentala effekter av fysisk aktivitet**

- kognitiv påverkan
- minskar nedstämdhet och ångest
- minskar negativa symtom
- viss påverkan på positiva symtom
- Empowerment
- minskar trötthet
- sänker stressnivåer och ökar motståndskraft mot stress

Vad fungerar för psykiskt funktionshindrade?

Individuellt anpassad träning utifrån preferenser och förmåga

- Tillgänglig personal som ger stöd vid utförandet
- Socialt trygg och säker miljö
- Positiv erfarenhet av träning sedan tidigare
- Träningen integrerad i vardagen (struktur)
- Stöd från omgivningen- anhöriga, boendestöd, sjukvårdspersonal

## Öka aktivitetsförmåga och aktivitetsplanering

Arbeta t.ex. med ESL Steg för steg aktivitetsdagbok, aktivitetsplanering, fritid och sysselsättning. Ta hjälp av de resurser som finns i din kommun. Bjud in personer till Resursgruppen som vet hur vägen mot arbete kan se ut.

## Kommunikationsträning i resursgrupp/närstående

Att kunna tala med varandra inom familjen och med sina närstående om allting, såväl viktiga saker som bagateller, är av stor betydelse för att familjen skall kunna fortsätta att fungera som en familj. En bra kommunikation gör det lättare att tillsammans lösa problem och klara vardagens stress. Om familjemedlemmarna eller de närstående talar med varandra på ett tydligt, klart och empatiskt sätt minskar risken för missförstånd, gräl, kritik eller att man slutar diskutera med varandra om angelägna saker. Förbättrad kommunikation medverkar också till att brukaren klarar sina besvär och problem på ett bättre sätt. Motsatt ökar en bristande kommunikation risken för återfall. Också i resursgruppen är god kommunikation viktig. Även om samtalen där ofta är mindre emotionella, måste man kunna förstå varandra. Målet för arbetet kan vara att öka hela gruppens kommunikationsförmåga – eller att arbeta endast med brukarens förmåga och då ha den övriga gruppen som stöd och övningsplats.

Målet med kommunikationsträning är att få familjen eller närstående och brukare att kommunicera med varandra på ett tydligare och mera direkt sätt. Syftet är att ge familjen eller närstående och brukare bättre redskap för att kommunicera med varandra, även om svåra saker. Det inte är farligt att på ett tydligt, rakt sätt uttrycka sin ilska över något den sjuke gjort. Hen märker ändå att något är galet. Att klara detta är ett steg på vägen för att kunna lösa svårare problem tillsammans.

Områden man kan arbeta beskrivs i *CMR 46-57*: Hur man handskas med konflikter, hur man för fram behov och åsikter, hur man kan be om hjälp och råd eller hur man kan säga ifrån på ett bra sätt.

**Checklista-RG för innehåll, datum och närvarande på Resursgruppsmöten**

*Notera i denna checklista när olika moment genomförts vid resursgruppsmöten.*

*Notera längst ner, återkommande närvarande och ev. tillfälliga deltagare.*

**Långsiktigt mål.....**

<i>Resursgruppsmöten hålls var 3: månad under arbetet</i>	<b>RG-möte nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>	<b>RG-möte Nr:</b>
<i>Moment under Resursgruppsmöten</i>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>	<b>Datum</b>
<b>Delmålen/åtgärder i arbetsplanen utvärderades</b>							
<b>Reviderade/nya delmål för kommande 3 mån har bestämts</b>							
<b>Uppgifter /åtgärder till närvarande i resursgrupp bestämdes</b>							
<b>Repetition av Tidiga tecken och åtgärdsplan under RG-mötet</b>							
<b>Problemlösning har genomförts under RG-mötet</b>							
<b>Andra moment:</b>							
<b>Andra moment:</b>							
<b>Övriga närvarande:</b>							
<b>Övriga Närvarande:</b>							
<b>Övriga närvarande:</b>							

**I resursgruppen ingår:.....**  
 .....  
 .....



Namn: \_\_\_\_\_ VSS \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_

**Checklista-A** för rekommenderade moment i **arbetsfas** av resursgruppsarbetet

Markera vem som genomförde vad och när; <i>Kommun/Sjukvård?</i>	<i>Datum</i>	<i>Datum</i>	Datum	Datum	Datum	Datum
<b>Utvärdering av delmål v3månad</b>						
<b>Brukare har gjort agenda Inför Resursgruppsmöte</b>						
<b>Psykopedagogisk utbildning <i>individuellt</i></b>						
<b><i>Om Stress/sårbarhet</i></b>						
<b><i>stresshantering</i></b>						
<b><i>Om sjukdom/behandling</i></b>						
<b>Repetition: tidiga tecken <i>-individuellt</i></b>						
<b>6-steps-Problemlösning</b>						
<b>Psykopedagogisk Utbildning: <i>Närstående</i></b>						
<b>- om Stress/sårbarhet <i>med närstående</i></b>						
<b>- om sjukdom/behandling <i>med närstående</i></b>						
<b>Kommunikationsträning <i>med närstående</i></b>						
<b>Tidiga tecken <i>med närstående</i></b>						
<b>Medicinöversyn</b>						
<b>Hemuppgifter</b>						
<b>Livsstilsfrågor-Kost/Motion Åtgärder</b>						
<b>Hälsoundersökning</b>						
<b>Symtomhantering-träning</b>						
<b>Sociala färdighetsövningar</b>						
<b>Min delaktighet</b>						
Andra moment:						
Uppdaterade Kontaktuppgifter/nätverkskarta						