



Resursgrupps-ACT

e-Arbetsbok

Innehåll

Innehåll.....	1
Förord med instruktion om hur boken ska användas	6
Hur använder ni e-Arbetsboken?	6
Förklaring till vissa begrepp och ord som vi använder	7
Författare.....	8
MODUL 1 – 13 TEORI	9
Modul 1: RACT - ett helhetskoncept	9
Att utbilda i metoden	9
Att tillämpa programmet.....	9
RACT leder till förbättring	10
Visioner för framtiden	10
Upphovspersoner	11
Modul 2: Hälsans förutsättningar	12
Psykiatrins roll i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ur ett samhällsperspektiv	12
Modul 3: Personcentrerat arbetssätt.....	14
Bakgrund.....	14
Personcenterat arbetssätt för individen	14
Personcenterat arbetssätt som organisationsidé	15
RACT och personcentrerat arbetssätt	15
Modul 4: Socialt arbete	16
Kunskapsöversikt.....	19
Sammanfattande rekommendationer.....	19
Modul 5: Delat (gemensamt) beslutsfattande	20
Definition av Delat beslutsfattande.....	20
Förutsättningar för Delat beslutsfattande	20
Beslutsprocess i Delat beslutsfattande	21
Att utvärdera Delat beslutsfattande.....	21
Modul 6: Delaktighet	23
Bengt.....	23
Annikas erfarenheter	26
Modul 7: Barn	27
Inledning	27
Barn i resursgruppen	27
Några förslag på metoder som kan användas som stöd till barnen och familjerna	27
Föra barnen på tal	27
Beardslees familjeintervention.....	28
Orosanmälan	28

Modul 8: Stigma vid psykisk ohälsa	29
Vad betyder ordet stigma?	29
Övergripande indelning av stigma	29
Diskriminering.....	30
Att arbeta mot stigmatisering.....	30
Föreningen (H)järnkoll	31
NECT.....	31
Myter om psykisk sjukdom.....	31
Att berätta om stigma eller inte berätta.....	32
Kognitiv omstrukturering.....	32
Utvecklande berättande.....	33
Modul 9: Forskning och praktik	34
Forskning om effekter.....	34
Modul 10: Kulturkompetens.....	36
Kulturkompetens i resursgruppen	36
Tolk i resursgrupp.....	37
Världskartan för värderingar.....	37
Modul 11: Tidig upptäckt och intervention.....	39
Huvudresultat av forskning.....	40
Modul 12: Utvecklingen av ACT-team	41
ACT-modellen för vård- och stödsamordning	41
Modul 13: Implementering av RACT	47
Faser i implementeringsarbetet	47
Behovsinventering	47
Införande av RACT	47
Användning av RACT	49
Vidmakthållande av RACT.....	51
Implementering i punktform	52
MODUL 14 – 37 HUR ARBETAR MAN?	53
Modul 14: Arbetsordning.....	53
Inledning	53
Uppstart.....	54
Utredning	54
Resursgruppen	57
Personliga mål eller Min riktning	58
Resursgruppsmöte.....	60
Specifika strategier	61
Uppföljning.....	63
Modul 15: Motiverande samtal.....	65

Undvik att argumentera.....	65
Ambivalens	65
Utveckla diskrepans	66
Att rulla med motståndet.....	66
Ge stöd och öka själveffektiviteten	66
Praktiska strategier och färdigheter.....	67
Modul 16: Psykiska funktionshinder	68
Vad kan tyda på psykiska funktionsnedsättningar?	68
Vilka är de psykiska funktioner som påverkas och hur ytrar det sig?	69
Förhållningssätt.....	69
Bedömning av funktionsnedsättningar.....	70
Modul 17: Mål och personlig utvecklingsplan.....	71
Personliga mål	71
Att tänka på inför att sätta mål:	72
Samordnad individuell plan (SIP).....	72
Modul 18: Resursgrupp.....	73
Hur ofta och var träffas resursgruppen?	73
Resursgruppsmötenas uppläggning.....	74
Modul 19: Kommunikation och teknik i mötet	76
Mötet i praktiken.....	76
Begreppet kognitivt förhållningssätt	76
Sammanfattning	79
Modul 20: Uppföljningar/ Kvartalsuppföljningar	80
Modul 21: Kvalitetssäkring i RACT	82
Arbetet i resursgruppen.....	82
Att följa e-Arbetsboken noggrant	82
Verksamhetsledningarnas intresse	83
Modul 22: Audit och Bedömningar av programtrohet.....	85
Audits för utförare/kollegial granskning	85
Så går granskningen till	86
Utförarens egenskattning av programtrohet med KSI-R.....	86
Modul 23: Metodstöd/Metodhandledning	88
Vem kan vara metodhandledare?	88
Hur ofta träffas man i metodhandledning och hur många kan man vara?	89
Några olika typer av frågor i RACT metodhandledning:	89
Struktur på metodhandledningen:	89
Olika typer av frågor i metodhandledning	89
Övning och träning genom rollspel.....	90
Förhållandet mellan metodhandledaren och arbetsledning	90

Diskussion av analysarbetet	90
Modul 24: Stress och sårbarhet	92
Stress-sårbarhetsmodellen.....	92
Att motverka stress	93
Modul 25: Känsloklimatet eller Expressed Emotions.....	95
Känsloklimatet hos närstående	95
Allmänt om känsloklimatet.....	95
Skattning och tolkning av känsloklimatet hos närstående	95
Känslomässigt klimat hos personal.....	96
FAKTARUTA: Exempel på kommentarer	97
Modul 26: Kommunikationsövning/träning	98
Syfte och mål med kommunikationsövning.....	98
Att genomföra en kommunikationsövning	98
Att visa uppskattning	99
Att be om något på ett positivt sätt	100
Att uttrycka känslor	100
Aktivt lyssnande	101
Att göra en kompromiss.....	101
Gör följande direkt efter varje övning:	102
Viktiga ingredienser i kommunikationen är:.....	102
Modul 27: Familjeinterventioner	103
Undervisning gemensamt i resursgruppen	103
Psykopedagogisk undervisning.....	104
Träning och behandling	105
Tips när patienten inte vill ha med sina närstående eller sin familj	105
Modul 28: Social färdighetsträning och ESL	108
Träningens uppläggning enligt RACT	108
Psykisk funktionsnedsättning.....	109
Errorless learning / Felfri inläring.....	112
Modul 29: Problemlösning och att formulera mål.....	113
Problemlösning steg för steg.....	114
Modul 30: Att använda läkemedel i behandlingen	119
Modul 31: Psykosociala insatser	121
Modul 32: Arbetsrehabilitering enligt Individual placement and support - IPS	122
Vikten av att ha ett arbete	122
Några ord om IPS i Sverige	122
Vilka brukare är redo för IPS?	123
De åtta grundprinciperna i IPS.....	123
Kommentarer kring dessa åtta punkter	123

Det är viktigt att utvärdera IPS	124
Modul 33: Tekniska hjälpmedel	125
Inledning	125
Vad är ett hjälpmedel?	125
Hjälpmedel för vård och behandling.....	125
Förskrivning.....	127
Exempel på hjälpmedel och anpassningar	128
Modul 34: Kroppslig hälsa och livsstil	130
Modul 35: Insatser vid akut kris	131
Hembaserad krisintervention	131
Metodik vid hembaserad krisintervention.....	131
Modul 36: När livet inte verkar vara värt att leva.....	134
Att bedöma självmordsrisk	134
Att arbeta med självmordstankar i resursgruppen.....	135
Modul 37: Bättre tvångsvård - Samarbete för att minska behovet av tvång.....	136
Bemötande under akutvårdfasen	136
Efter akutfasen	136
När patienten har återhämtat sig från psykosåterfallet.....	136
Ett förslag till planering av hur tvångsvården kan utvärderas	137

Förord med instruktion om hur boken ska användas

Resursgrupps-ACT (RACT) är ett metodprogram för personer med allvarliga psykiska sjukdomar och svåra psykiska besvär. E-Arbetsboken klargör hur metodprogrammet implementeras.

Arbetsboken 2016 bygger på svenska och internationella riktlinjer för vård och psykosocialt arbete. Vi beskriver en modell med resursgrupp där brukaren är den centrala personen. I sin praktiska tillämpning innebär detta att brukaren blir allt mer av en kunskapsstärkt samarbetspartner till de professionella utförarna.

Metodprogrammet är anpassat efter svenska förhållanden. Brukarna själva sätter sina personliga mål, som styr hela det kontinuerliga arbetet i resursgruppen. I resursgrupperna ingår samtliga personer som brukaren själv anser vara viktiga för honom eller henne, det är brukaren som bestämmer vilka som ska vara med. En brukare deltar i programmet ända tills han eller hon når sitt eller sina personliga mål, vilka kan vara att ha skaffat ett lämpligt boende, att vara i sysselsättning eller arbete och har börjat leva ett aktivt socialt liv.

Resursgrupps-ACT (RACT) bygger på och innehåller de bästa evidensbaserade åtgärderna enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), det vill säga motsvarar vad som i Sverige anses vara god praktik.

Hur använder ni e-Arbetsboken?

Boken tillämpas och används lämpligen med start i modul 1 och sedan i den ordning som vi redaktörer och författare har valt att lägga modulerna. Men man kan även använda och tillämpa modul för modul enskilt. För att se och förstå helheten är det dock alltid bra att följa modulernas ordning.

När man kommer till de olika separata metoderna och arbetsbladen är det bäst att träna på varje arbetsblad för sig och då helst i den ordning som de ligger i e-Arbetsboken. Om ni som personal inte tränar eller övar på de olika arbetsbladen blir effekten och kunskapen sämre. Även förmågan att lära ut försämras om man inte tränar på varje del.

Vi rekommenderar att man lär sig till exempel social färdighetsträning eller kommunikationsträning innan man kommer in på problemlösning. Problemlösning är ett mer avancerat sätt att arbeta som en familj eller en resursgrupp själva ska kunna tillämpa och använda sig av, utan direkt stöd från case manager eller annan personal.

Förklaring till vissa begrepp och ord som vi använder

Resursgrupps-ACT (RACT): Ett metodprogram för samtliga svårare psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar. Betyder ungefär ett utåtriktat, samhälls- eller hembaserat arbetssätt som genomförs genom en resursgrupp. Detta program har tidigare kallats IP/ Integrerad psykiatri, eller VoS/ vård och stödsamordning. Ett gemensamt begrepp har efterfrågats och vi använder därför RACT.

Resursgrupp: Den grupp runt brukaren som brukaren själv utser. Resursgruppen hjälps åt att hela tiden arbeta mot brukarens personliga mål. Resursgruppen består oftast av brukaren, case manager, vård- och stödsamordnare från Socialtjänsten, läkare, närstående och övriga som brukaren väljer, till exempel medarbetare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller God man.

Case manager (CM): Brukarens kontaktperson som är navet i resursgruppen tillsammans med brukaren själv och vård- och stödsamordnaren, när dessa är med. Case managern stöttar brukaren att genomföra de interventioner som man beslutat om i resursgruppen. När brukaren själv inte sitter ordförande, är det normalt case managern som tar på sig den rollen.

Delat beslutsfattande: Resursgruppen strävar alltid efter ett delat beslutsfattande, där samtliga känner till och är med och diskuterar olika förslags för- och nackdelar, innan man tar ett gemensamt beslut. Samverkan har en betydande roll i resursgruppen.

Hembaserade interventioner: Det mesta i RACT och resursgruppsarbetet utgår från att man träffas och genomför interventioner i hemmet eller ute i samhället, alltså där brukare och närstående tillbringat och ska tillbringa sin vardag. Ett mål i sig är att undvika inläggning på sjukhus.

Närstående: Närstående är viktiga för brukarens återhämtning. Från vårdens och Socialtjänstens sida är det därför självklart att alltid erbjuda närstående att delta i resursgruppsarbetet. Men det är alltid brukaren som bestämmer vilka som ska ingå.

Nationella riktlinjer: De nationella riktlinjerna ska, där sådana finns, alltid följas. De olika delarna i RACT korresponderar till exempel med de nationella psykosociala riktlinjerna samt läkemedelsriktlinjerna vid schizofreni.

Återhämtning: Begreppet återhämtning är centralt i RACT. Begreppet förklaras närmast som brukarens egen uppfattning om vad som är ett gott liv. Återhämtning beskriver således brukarens syn, inte vårdens eller de närståendes tankar om vad som är ett normalt eller friskt liv.

Författare

Redaktörer har varit Pia Rydell, Lennart Lundin och Nisse Berglund. Övriga författare har varit Ulf Malm, Bo Ivarsson, Wolfgang Rutz, Lars Erdner, Mats Borell, Jeanette Jonsson, Birgitta Magnusson, Eva Andreasson, Sara Voxendahl och Marcus Lundmark. Sekreterare: Lena Petersson/Susanna Kovacic

MODUL 1 – 13 TEORI

Modul 1: RACT - ett helhetskoncept

RACT är ett samhällsbaserat program för behandling och rehabilitering av alla former av psykiska sjukdomar som exempelvis depression, schizofreni, andra psykoser, ångesttillstånd och beroendetillstånd. Programmet omfattar strategier som är tillämpningsbara i primärvård, specialiserad psykiatri och socialtjänst. Det bygger på forskning och praktiska erfarenheter från Sverige och från andra ställen runt om i världen.

RACT omfattar arbetsmetoder, utbildningsplaner, utbildningsmaterial, organisationsidéer, metodik för resultatuppföljningar och kontroll av kvalitet - allt med ständigt uppdaterade kunskaper.

RACT sammanfattar robusta metoder och spetskunskap från svensk och internationell forskning. Det har under snart 20 år prövats, utvärderats och utvecklats i vardaglig klinisk praxis.

Att utbilda i metoden

Korta utbildningar för hela utförarteam är det första steget mot att börja tillämpa RACT i daglig praxis. Utbildningsprogrammet för utförare riktar sig till team och verksamheter, det är inte verkningsfullt att utbilda enstaka medarbetare. Metodstöd är sedan nödvändigt när vårdprogrammet tillämpas.

Extern metodhandling bör kompletteras med kollegial handledning på den egna arbetsplatsen. Case managers och psykiatriker rekommenderas att gå fördjupade och kompletterande fortbildningar. På några håll i landet har man även med framgång hållit utbildningar för biståndshandläggare.

Att tillämpa programmet

Utbildningen av den person som är patient eller brukare och för resurspersoner (de som ingår i resursgruppen) ska genomföras modul för modul i en ordningsföljd som bestäms av patientens aktuella behov. Personen skall tränas till samma grundkompetens som case managers (CM) och vård- och stödsamordnare (VoS) har. I vissa moduler finns förslag på frågor som brukare och resurspersoner skulle kunna ställa till någon av sina fasta professionella kontakter. Personen blir en samarbetspartner till CM och VoS med det gemensamma målet att hen ska bli en självständig och aktiv samhällsmedborgare. Ett mål för teamet kan vara att anställa brukare som återhämtat sig som resurspersoner.

Detta är en beståndsdel i arbetet bland annat i metoden Flexibel-ACT (FACT) som tillämpas i Holland och som har fått spridning även i Sverige på senare år. Slutligen rekommenderas utförare av RACT att delta i en för alla gemensam årlig utbildningsdag om det allra senaste om psykiatriens område i allmänhet och den egna arbetsmetoden i synnerhet.

RACT leder till förbättring

Under de senaste 20 åren har hundratals professionella utförare och tusentals brukare runt om i världen deltagit i behandling och rehabilitering enligt RACT. Många har även medverkat i forskningen om programmet och dess effekter. Resultaten visar på säkerställda kliniska effekter både i kontrollerade forskningsprojekt och när programmet har använts i vardaglig klinisk praxis.

Förutom att förbättra brukarens sociala funktion så hjälper RACT även närstående att hantera den stress som den psykiska sjukdomen kan medföra. RACT är alltså en metodik med bevisade resultat.

En erfarenhet är att RACT går att kombinera med nya innovativa metoder som tillkommer efter att ny forskning implementeras i verksamheterna, till exempel nya psykoterapeutiska metoder eller nya sätt att organisera verksamheten.

Visioner för framtiden

- Återhämtning vid psykisk sjukdom är en rättighet!
- Personer med psykisk sjukdom ska ha samma rätt som andra medborgare att bestämma över sina liv. Arbetssätt som tränar och genomför insatser med målet gemensamt beslutsfattande är en väg mot detta.
- Politiska beslut behöver tillkomma för att understödja en positiv utveckling för personer med psykisk sjukdom. Konceptet RACT tydliggör brukarnas mål och behov. Genom att beskriva vilka mål brukarna har och genom tydliga planer för att uppnå målen kan brukare, närstående och utförare kräva förändringar i tilldelning av resurser och påpeka brister i nuvarande system.
- Alla personer med svåra och komplexa sjukdomar ska få tillgång till RACT. Att sprida kunskap om arbetssättet och utbilda personal, brukare, närstående, politiker och tjänstemän i kommuner och landsting är vägen till ett större intresse för arbetssättet.

- Ett nytt gemensamt kunskapsområde för kommuner och landsting kommer att utvecklas. Samverkan mellan kommuner och landsting är inte främst en fråga för högre tjänstemän och politiker att diskutera runt sammanträdesbord. Konkreta modeller där personal som arbetar närmast brukaren får hjälp med att hitta fungerande former för att hjälpas åt i vardagen måste introduceras.

Upphovspersoner

Professor Ian Falloon från Nya Zeeland var en av de som först introducerade den här typen av arbetssätt i världen, han var initiativtagare till det stora internationella forskningsprojekt som kallades OTP (Optimal Treatment Project). Docent Ulf Malm är den som introducerade arbetssättet i Sverige, han är en av de viktigaste forskarna i OTP. Tusentals andra människor har varit viktiga i utvecklingen av RACT.

Modul 2: Hälsans förutsättningar

Enligt Världshälsoorganisationen WHO ska förutsättningar för hälsa vara universella och tillgängliga för alla medlemmar i ett samhälle. Detta ska ses som ett tydligt politiskt budskap. Samma förutsättningar bestämmer hur människor håller sig friska, tillfrisknar från sjukdom och hur återinsjuknande kan förhindras. I början på 2000 definierade WHO fyra grundläggande förutsättningar för detta (Världshälsorapporten 2001).

De fyra områdena för såväl psykisk som fysisk hälsa är:

1. Människans förmåga till självbestämmande och egenmakt, att inte känna sig hjälplös och att kunna bestämma över sitt eget liv
2. Känslan av samband och mening, att vara involverad i ett samband av mening och mål. ”Livet måste ha en mening.”
3. Behovet av att vara socialt förankrad, att behövas – men också att ha någon att själv behöva och vid behov få hjälp av i kris.
4. Integritet, värdighet och känslan av att vara en person med ett eget värde och att bli mött med respekt.

Världshälsoorganisationen ser alltså inte bara hälsan och vikten av att ha tillgång till behandling som en mänsklig rättighet, utan också tillgången till dessa hälsans bestämmelsefaktorer. I dessa tider med ökande strömmar av flyktingar från oroshärdar, samt kontinuerliga hot mot oskyldiga från extrema grupper på de flesta håll på vår jord, är detta allt mer aktuellt. Även när det gäller människor med psykisk sjukdom och sårbarhet kan WHO:s politiska uttalande ses som en viktig markering. Det som främjar hälsa är även det som förhindrar sjukdom och återinsjuknanden.

Psykiatrins roll i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ur ett samhällsperspektiv

Utifrån ett samhällsperspektiv är psykiatrins och socialtjänstens roll att göra en omfattande analys av brukarens helhetssituation i den livsprocess hen befinner sig i. Då behöver ovanstående fyra basala faktorer gås igenom i ett personligt så kallat *narrativt möte* där brukarens egen berättelse får ta plats och leder till en individuell och personcentrerad analys där tillståndets alla konsekvenser analyseras. Det är bland annat denna bedömning som sedan utgör underlag för de personanpassade behandlingsstrategier som ska ges av det psykiatriska teamets olika medlemmar och av samhällets olika sektorer.

Politiska förändringar och ändrade samhällsstrategier får konsekvenser för människornas psykiska hälsa. Psykiatrin och socialtjänsten bör ha en signalfunktion eller kanske rentav en larmfunktion och vara en resurs i kontakten med politiker och andra beslutsfattare. De förutsättningarna för hälsa som WHO har skrivit och som ska vara allmänna och gälla för alla människor i alla länder, kan uttryckas för individen på ett mer konkret vis.

Naturligtvis måste alla människor fundera över vad som gäller för var och en, men exempel på detta för en person som har psykisk ohälsa kan vara:

- Att ha familj, vänner och kamrater.
- Att ha arbete eller en meningsfull sysselsättning.
- Att vara fri från sjukdomssymtom.
- Att ha ett boende som motsvarar de egna behoven.
- Att ha tillgång till personligt stöd i sin återhämtning, helst i form av en resursgrupp.
- Att ha tillgång till experter i verksamheter som är professionella och kan anpassas till brukarens olika livssituationer.

RACT är ett arbetssätt som främjar hälsans förutsättningar.

Modul 3: Personcentrerat arbetssätt

Bakgrund

Begreppet ”Personcentrerad medicin” har inom psykiatrin även kallats för ”Psykiatri för personen” (begreppet används mer inom engelskspråkig litteratur och kallas då ”Psychiatry for the person”). Detta begrepp omfattar både medicinsk/psykiatrisk vård och socialt stöd. Det började användas under 1950-talet i kontrast till sjukdomscentrerad vård. Upplevelsen då var att en person med en viss sjukdom identifierades utifrån sitt tillstånd snarare än utifrån den person som råkade ha ett tillstånd. Till exempel säger man sällan nu för tiden att någon *är* hypertoniker, istället betonas att någon *har* högt blodtryck. Detta är naturligtvis särskilt viktigt för den som lider av ett tillstånd som riskerar att stigmatisera individen.

Personcenterat arbetssätt för individen

Begreppet personcentrerat arbetssätt kan sammanfattas i fyra huvudpunkter (Mead och Bower 2000):

1. Sjukdom är något även bortom biologi och innefattar ett psykologiskt och socialt perspektiv.
2. Brukaren ses som en individ och dennes upplevelser av symtom, besvär och sjukdom ses som viktig.
3. Delat ansvar för behandling mellan utförare och brukare.
4. En arbetsallians (hjälpande relation, terapeutisk allians) mellan utförare och brukare.

I dag är personcentrerad medicinsk vård och socialt arbete ett etablerat begrepp. Till exempel skriver den europeiska familjeorganisationen EUFAMI i sin tidskrift Bulletin i april 2010: ”Personcentrerad innebär att placera brukaren i frontlinjen för vård och stöd och att prioritera fokus på personen och inte sjukdomen”. Begreppet håller på att bli ett väsentligt inslag bland alla insatser för brukare med långvariga sjukdomstillstånd. Grunderna är faktiskt redan utformade i svensk lag, till exempel Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 där det stipuleras att vård skall: ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”, ”så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” samt att ”patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”.

Personcenterat arbetssätt som organisationsidé

En organisationsmodell som har kommit att diskuteras i sjukvården är *Lean*. *Lean* är en modell som ursprungligen kommer från industrivärlden, men som anpassats till offentliga system. Modellen kännetecknas av ett fokus på flöden och processer och innehåller som en viktig komponent ett system för ständiga förbättringar. Kärnan i *Lean healthcare* är ett antal principer om att förbättra processer ur brukarens synvinkel och låta medarbetarna kontinuerligt förbättra arbetssätten. En litteraturgenomgång som gjordes på Karolinska institutet 2010 om praktisk tillämpning av *Lean* för sjukvården fann att samtliga inkluderade studier redovisade framgångsrika resultat. Den vanligaste vinsten som nämndes var kortare väntetider. Andra resultat var kostnadssänkningar, förbättrad vårdkvalitet, bättre personalnöjdhet, ökad patientnöjdhet och i något fall minskad dödlighet bland patienterna. Två områden var avgörande; att ledningen engageras i problemlösning och att stabila strukturer skapas för att hantera de förändringar som sker i omvärlden.

Viktiga förutsättningar är till exempel ett engagerande och närvarande ledarskap, en beslutsamhet från central ledning att utprovade metoder testas. Det behövs en långsiktighet på fem till tio år. En verksamhetschef som ändrade sitt chefskap berättar: ”Det är viktigt att jag som chef intresserar mig för och coachar teamet som både ska ta hand om brukarna och fortlöpande förbättra arbetsmetoderna. Jag är mer en processledare än specialist numera, men det är det roligaste jag gjort som chef.”

RACT och personcentrerat arbetssätt

RACT är ett exempel på personcentrerat arbetssätt som även inkluderar många tankar från *Lean*. Bra och varaktiga insatser kännetecknas av en grundläggande dualism som för RACT innebär å ena sidan tidlösa kärnvärderingar och en grundläggande idé som förblir oförändrad under lång tid, å andra sidan kompromisslös strävan efter förändring och utveckling.

RACT gör en tydlig åtskillnad mellan sina kärnvärderingar om brukaren som samarbetspartner (en värdering som aldrig förändras) och sina operativa strategier och kulturella normer (som ständigt anpassas till en föränderlig omvärld).

Till exempel så stämmer RACT väl överens med *Lean*, med dess inslag av rätt insatser vid rätt tidpunkt, krav på förankring och delaktighet för brukaren. Även medvetenheten om var i processer man befinner sig och uppföljningar av hur det går för utförare och brukare stämmer väl.

Modul 4: Socialt arbete

I denna modul används termen *sociala insatser* för sådana insatser som syftar till att öka brukarens självständighet och delaktighet inom områdena ekonomi, boende, sysselsättning/aktivitet, fritid samt sociala relationer. För att brukarens delaktighet ska kunna ökas krävs såväl ökade färdigheter, stöd och kompensatoriska insatser (utifrån den enskildes behov) som att samhället i sig är tillgängligt. En förståelse av samhällets organisation är en nödvändig förutsättning för att kunna arbeta enligt RACT i resursgruppen och stödja brukaren i att samordna önskade insatser.

Socialt arbete bedrivs på olika nivåer och inom olika verksamheter, framför allt inom kommunerna men även inom landstingets psykiatri och i olika frivilligorganisationer. När det gäller frivilligorganisationer kan det exempelvis gälla kyrkliga förbund, olika patientföreningar eller andra organisationer som ser som sin uppgift att stödja brukare till ett självständigt liv inom olika områden. På flera håll i landet finns till exempel boenden för psykiskt funktionshindrade i frivilligorganisationers regi. Sammanslutningen Frivilliga samhällsarbetare utbildar och företräder Gode män, förvaltare, kontaktpersoner och övervakare, vars insatser ofta går att hänföra till socialt arbete.

Det är viktigt att fundera över samtliga tillgängliga resurser som kan vara ett stöd för brukaren i formandet av resursgruppen. För att dessa resurser ska vara tillgängliga i ordets rätta bemärkelse krävs att CM/VoS har en basal förståelse för uppdrag, organisation och struktur inom respektive område.

Gränssnittet mellan behandling och stöd samt kompensatoriska åtgärder är inte tydligt och i många fall till och med svårt att förtydliga. Men uppdelningen är viktig för CM/VoS av två anledningar:

1. De bägge områdena regleras av olika lagstiftningar (HSL, LPT, LRV respektive SoL/LSS). Detta innebär att det är två i grunden olika uppdrag som ska utföras.
2. Det är två olika huvudmän som organiserar och utför insatserna inom respektive område, det vill säga kommun respektive landsting (alternativt staten när det gäller rättspsykiatri samt LVM och LVU). Varje huvudman har en specifik organisatorisk uppbyggnad med rutiner för myndighetsbeslut med mera.

Psykiatrireformen (1995) definierade respektive huvudmans ansvarsområden. Av de olika uppdragen, med åtföljande skilda huvudmannaskap, följer olika teoretiska utgångspunkter och därmed språkbruk samt även struktur och organisation.

Olikheterna i uppdrag mellan huvudmännen har bland annat fått som konsekvens att det är svårt att genomföra uppföljningar av olika statliga initiativ för definierade diagnosgrupper som till exempel nationella riktlinjer. För kommunerna innebär detta ansvar för anpassning i samhället (boende, sysselsättning, fritid) samt gemensam samordning av vård- och stödinsatser med andra vårdgivare.

En betydande del av samhällets totala uppdrag gentemot personer med psykiska funktionsnedsättningar faller härmed inom det kommunala uppdraget. Det gäller exempelvis färdighetsträning (att hantera vardagen), stöd i boende samt sysselsättning och arbetsrehabilitering. Lagstiftaren preciserar dessa uppdrag i Socialtjänstlagen (SoL) respektive Lagen om stöd och service (LSS).

Enligt Socialtjänstlagen definieras uppdraget som möjligheten till en ”skälig levnadsnivå” medan Lagen om stöd och service, som är en rättighetslagstiftning, uttrycker det starkare i rätten till ett ”gott liv”.

När det gäller insatser enligt Lagen om Stöd och Service (LSS) sker denna utifrån ett antal personkretsar. I stark förenkling kan sägas att det inom den aktuella klientgruppen huvudsakligen rör sig om brukare med neuropsykiatrisk problematik som får tillgång till insatser utifrån LSS. Allmänt kan konstateras att en mindre andel brukare med psykisk ohälsa får tillgång till insatser enligt LSS.

Inom sjukvården utgör diagnostik, behandling och omvårdnad viktiga inslag. Begreppet diagnos kopplas ofta till en behandlingsinsats; lider man av en specifik sjukdom rekommenderas en specifik behandling. I modern sjukvårdsideologi har personen fått en central plats. Personcentrerad vård har blivit ett begrepp.

För att CM/VoS ska kunna stödja brukaren i att få önskade insatser från kommunen är det nödvändigt att ha en grundläggande förståelse av hur den organisatoriska strukturen är uppbyggd. Utgångspunkten är att brukaren själv ansöker om olika insatser till en biståndsbedömare. Denne gör en utredning för att fastställa om brukaren har rätt till önskade insatser, med tanke på förekomst av funktionsnedsättningar samt behov som specificeras enligt SoL. Beslutet meddelas till verkställigheten. Det är sedan organisationen (boendestöd, särskilt boende, sysselsättning eller annat) som ska utföra beslutet tillsammans med brukaren. Efter det att verkställigheten övertagit ärendet för genomförande sker en självständig bedömning av brukarens färdigheter och funktioner för att man gemensamt ska komma fram till bästa sätt att genomföra myndighetens (biståndsbedömarens) beslut. Denna gemensamma bedömning resulterar i en genomförandeplanering.

För CM/VoS innebär detta förfarande att det är av största vikt att skilja mellan myndigheten (biståndsbedömare) och utförare/verkställare (personal inom socialpsykiatriska enheter) och hur dessa på olika sätt kan inkluderas i resursgruppen. När det gäller biståndsbedömare kan denne kallas till ett möte för en Samordnad Individuell Plan (SIP) och även till resursgruppen när beslut om insatser behöver diskuteras. Ett fast deltagande i resursgruppen är i de flesta fall inte möjligt eftersom det skulle upphäva uppdelningen mellan beställare och utförare (biståndsbedömare kan inte själv utföra de beslut hen fattat). När det gäller personal från boendestöd och sysselsättning är det å andra sidan av stor vikt att dessa deltar i resursgruppen, förutsatt att brukaren själv vill detta.

Något som ökar vikten av att som CM/VoS vara medveten om det dubbla huvudmannaskapets betydelser är frånvaron av behandlingsansvarig inom kommunala organisationer. Detta innebär att behandling inte får genomföras utifrån SoL/LSS eftersom det inte finns någon som kan ansvara för utförandet om inte detta sker i samverkan med landstingets psykiatri.

Inom ramen för resursgruppsarbetet bör både behandling och stöd samt kompensatoriska insatser få samma uppmärksamhet och inverkan på arbetssätt. Oavsett om CM/VoS tillhör öppenvårdspsykiatri eller kommunens socialtjänst kommer man att vara beroende av både kunskap och resurser som finns inom den andra verksamheten.

Samverkan mellan de bägge huvudmännen bör regleras med ett samverkansavtal. De avtal som finns idag har stora lokala variationer och innehåller ofta beskrivning av respektive huvudmans åtagande och målformuleringar. Här framgår även kriterier för att som individ få tillgång till samordnade insatser.

Ytterligare en fråga av betydelse för CM/VoS är hur olika socialpsykiatriska insatser definieras av biståndsbedömare. Det handlar om graden av detaljrikedom samt hur noga tidsåtgången specificeras i besluten. Här finns en stor variation mellan Sveriges kommuner med allt från beslut som är förhållandevis fria för utförarna att själva utforma tillsammans med brukarna till tids- och innehållsmässigt strikt styrda beslut. Resursgruppen arbetar som bekant med väsentligt mer flexibla utvecklingsplaner och det blir ett ställningstagande för CM/VoS att samordna utvecklingsplanen med de mera långsiktiga myndighetsbesluten. Dessa beslut är visserligen möjliga att ompröva efter kontakt med biståndsbedömare, men det innebär samtidigt en relativt omfattande process. I vissa kommuner har man löst problematiken genom att brukaren har fått ett beslut om ett visst antal timmar för CM/VoS.

Utvärdering av olika sociala insatser som ges till en enskild person sker genom kontinuerlig skattning i resursgruppen av de delmål som specificeras i den personliga utvecklingsplanen.

Kunskapsöversikt

En mängd olika pedagogiska och psykosociala arbetsmetoder används inom området. Flera är möjliga att använda såväl inom landsting som inom kommunala stödinsatser. En omistlig grund utgör arbetsmetodik som utvecklats från inlärningspsykologin. Det är inte möjligt att inom ramen för denna modul ge en sammanfattning av aktuell evidensbas eftersom antalet arbetsområden uppvisar en stor bredd och variation. Socialstyrelsen och SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) ger ut kunskapsstöd inom olika områden som sammanfattar den aktuella kunskapen.

Sammanfattande rekommendationer

CM/VoS bör ha god kännedom om:

- Innehåll och utformning av det samverkansavtal som reglerar arbetet med RACT mellan huvudmännen.
- Strukturer för myndighetsbeslut och uppdelning mellan beställare och utförare inom den kommunala socialpsykiatrin.
- Den psykiatriska verksamhetens möjligheter och speciella förutsättningar.

Modul 5: Delat (gemensamt) beslutsfattande

Definition av Delat beslutsfattande

Att arbeta med delat beslutsfattande innebär att samtliga personer i resursgruppen skall vara aktiva. Alla som är med ska dela samma information kring olika alternativ och dessa alternativs för- och nackdelar skall klargöras och gemensamt diskuteras i resursgruppen. Till slut ska resursgruppen kunna fatta ett gemensamt beslut.

Starkt stöd för Delat beslutsfattande

Det finns stöd för delat beslutsfattande i internationella och nationella lagar och konventioner som Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni, Hälso- och sjukvårdslagen, FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar, LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), Socialtjänstlagen samt Patientlagen för att nämna några.

SBU-rapporten ”Schizofreni” hösten 2012 lyfter speciellt två metoder med gott delat beslutsfattande. Den ena är ”Shared decisions for in-patients” av Hamann, Langer, Winkler, Busch, Cohen, Leucht & Kissling. Det andra är just Resursgruppsmodellen i Integrerad Psykiatri (Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs) av Malm, Ivarsson, Allebeck & Falloon. Slutsatserna i denna studie var för det första en avsevärt höjd social funktionsförmåga i gruppen, men även en avsevärt höjd patienttillfredsställelse och en större delaktighet i samtliga beslut var tydlig när man arbetade i en resursgrupp.

Förutsättningar för Delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande måste uppfylla vissa förutsättningar:

1. För det första måste minst två personer vara involverade och dessa måste dela all relevant information.
2. Alla måste delta i beslutsprocessen och beslutet som fattas ska accepteras av alla parter.
3. Slutligen ska processen avslutas med att ett aktivt beslut fattas, detta kan även innebära att man kommer överens om att inte göra någonting (Charles m.fl.1997 samt Trevena & Baratt, 2003).

Beslutsprocess i Delat beslutsfattande

Generellt kan man beskriva delat beslutsfattande som två olika delar. Dels själva processen, vilka steg man tar och rutiner för hur det går till, dels beslutsstödande material som till exempel arbetsblad, listor, beslutsguider i steg-för steg, appar m.m. Tillsammans utgör de grunden, arbetssättet kan variera.

Processen börjar med att tydliggöra att ett beslut behöver fattas. Brukare och CM/VoS går sedan igenom bland annat vilka roller som var och en ska ha, de olika alternativen, dess för- och nackdelar och vad de inblandade tycker är viktigt att väga in i beslutet. Processen slutar med att ett beslut fattas och att det görs en gemensam plan för vad som ska göras härnäst och hur uppföljningen ska se ut.

CM/VoS och patient går innan resursgruppsmötet tillsammans igenom de punkter som ingår, för att kunna fatta ett välgrundat beslut. Beslutsprocessen har stora likheter med problemlösning, men fokuserar än mer på att det är *patientens* önskemål som styr även om samtliga personer i resursgruppen ska samtycka till beslutet. Stegen är förslagsvis följande:

1. Patient eller till exempel CM/VoS tycker att ett beslut behöver tas.
 2. Börja med att vid behov beskriva och tydliggöra resurspersonernas ansvar.
 3. Presentera olika alternativ till beslut genom att gå laget runt. Det kan röra sig om hur man når ett personligt mål eller införande av nya behandlings- eller stödåtgärder.
 4. Informera och diskutera olika fördelar och nackdelar med de olika alternativen.
 5. Extra viktigt att patienten har förståelse, kan värdera och diskutera sina förväntningar. Vad önskar patienten?
 6. Fråga samtliga i resursgruppen vilken lösning var och en föredrar.
 7. Samtliga diskuterar innan beslut.
 8. Fatta ett beslut som alla personer samtycker till. Patienten själv har alltid utslagsröst.
 9. Planera uppföljning.
- (Kriston m.fl. 2010; Simon m.fl. 2006).

Att utvärdera Delat beslutsfattande

Resultat kan mätas på flera olika sätt. Man kan grovt dela upp det i att mäta själva resultatet av det man gjort och att mäta vägen dit.

Att utvärdera resultatet:

Vad man ska utvärdera styrs av de mål man satt upp gemensamt. Några exempel kan vara:

- Uppnådde brukaren sina lång- och/eller kortsiktiga personliga mål?
- Har brukarens hälsa förbättrats?
- Har livskvaliteten ökat?
- Vad blev resultatet av den insats man gemensamt beslutat om?

Att utvärdera arbetssättet:

Förutom att mäta resultat av delat beslutsfattande enligt ovan är det viktigt att mäta hur själva arbetssättet fungerat:

- Har vi uppnått ett delat beslutsfattande?
- Kände du som brukare att dina tankar värderades lika högt som personalens?
- Upplevde du att det fanns tillräckligt med tid för frågor/diskussion om de olika alternativen?
- Kände du som brukare dig delaktig när beslutet fattades?

En viktig sak i delat beslutsfattande är att ställa frågorna ur brukarens perspektiv. Det är inte relevant att bara fråga om du som brukare har fått information, det är däremot relevant att veta om du upplever att du har haft tillräckligt med information för att kunna fatta beslutet och känna dig trygg med det.

Modul 6: Delaktighet

Den politiska viljan bakom både hälso- och sjukvårdslagarna och sociallagstiftningen är att utveckla ett ökat brukardeltagande. Ett ökat inflytande över den egna vården är något som visat sig verksamt för ett bättre tillfrisknande både när det gäller personer med kroppsliga sjukdomar och med psykiska sjukdomar.

Arbetsmodellen RACT har brukardelaktighet som en av de viktigaste principerna. Förändringen av attityd hos personalen gentemot patienten som en passiv mottagare av vård och omsorg till en aktiv deltagare, är det svåraste steget. För att ändra attityd behöver man ibland gå vägen via att förändra sina handlingar. Att introducera ett tydligt program för att förändra medverkan av brukaren kan göra att behandlarna själva får upp ögonen för hur stor förändring detta faktiskt innebär och hur mycket brukaren själv kan klara av när det gäller att ta beslut och delta i planering, utförande och uppföljning av behandlingsinsatser.

Nedan följer två exempel på hur brukaren får en självklar plats i arbetet med planering, utförande och uppföljning av sin behandling. Berättelsen om Bengt är en påhittad berättelse men den är inspirerad av många möten och samtal med personer som fått behandling enligt RACT och personer som jobbar med metoden. Berättelsen om Annika är en sann historia.

Bengt

Bengt var 22 år då han första gången blev inlagd på en psykiatrisk avdelning på sjukhuset. Det var en mycket underlig upplevelse, avdelningen var full av personer som såg konstiga ut och verkade farliga. Personalen var också underlig och frågade personliga frågor och verkade inte förstå att han bara ville vara ifred. Bengt fick diagnosen schizofreni och läkaren på avdelningen sa att han måste äta mediciner och att han inte skulle kunna göra färdigt sin skola utan borde sikta in sig på ett skyddat arbete med att renovera gamla möbler eller liknande. Bengts mamma grät mycket den första tiden efter att han kommit hem från sjukhuset.

Efter några veckor slutade Bengt med medicinerna, de verkade inte göra någon nytta och han blev väldigt trött av dem. Ett brev kom på posten med kallelse till en öppenvårdsmottagning. Adressen verkade konstig på något vis och Bengt gick inte dit. Efter ungefär ett halvår som Bengt mestadels tillbringade i sin säng kom rösterna tillbaka och nu var de mer skrämmande än tidigare och Bengt skrek så mycket och var så rädd att hans mamma fick ringa efter polisen, och Bengt blev återigen inlagd på sjukhuset.

Sjukhuset hade nu börjat arbeta enligt en ny metod, berättade personalen, och samarbetet med öppenvården hade förändrats så att Bengt nu skulle få träffa en case manager redan under tiden han var kvar på sjukhuset. Bengt fick veta att en case manager var en person som fått speciell utbildning i att vara kontaktperson och behandlare enligt en ny arbetsmodell som hade ett tydligt fokus på brukardelaktighet.

Bengts case manager hette Eva och var kurator i det psykiatriska teamet. Eva hade en vänlig röst och Bengt kunde uppskatta att hon verkligen lyssnade på honom. För första gången fick han frågan "Vad vill du göra med liv".

Eva och Bengt ägnade mycket tid åt att formulera ett långsiktigt mål, det var inte så enkelt att komma på något som han verkligen strävade efter och de pratade flera gånger om det. Egentligen hade Bengt alltid velat ägna sig åt film, redan i grundskolan gjorde han filmer om allt möjligt och han hade alltid varit intresserad av olika kända filmare och av att se på film. Det intresset hade på något sätt försvunnit i psykosen, men nu när Eva frågade flera gånger kom han ihåg att det där med filmandet faktiskt varit något han tidigare velat ägna sitt liv åt.

Bengt ville egentligen inte träffa någon läkare alls, överläkaren på avdelningen hade varit OK men pratade mest om medicinerna och verkade inte alls bry sig om att Bengt blev så trött och att han hade gått upp flera kilo i vikt. På öppenvårdsmottagningen följde Eva med på första läkarbesöket och påminde Bengt om att berätta hur besvären med trötthet och viktuppgång oroade honom. Läkarbesöket blev väldigt bra och annorlunda än det Bengt varit med om på avdelningen. Läkaren förklarade hur medicinerna fungerade och intresserade sig för hur Bengts vardag såg ut. Eva berättade för läkaren om hur Bengt och hon planerade för ett resursgruppsmöte och läkaren verkade intresserad av att få höra om hur den planeringen gick till. Bengt kände efter det samtalet att läkaren var intresserad av honom och att förslaget om att byta mediciner till ett preparat som inte gav så mycket trötthet var ett steg mot att orka jobba vidare tillsammans med Eva, han kände sig hoppfull för första gången på länge.

Eva pratade också en hel del med Bengts mamma. I början kändes det konstigt, att de skulle prata om honom när inte han var med, men Eva förklarade att det var viktigt för Bengt att mamma hade det bra, och att hennes oro för Bengt påverkade hela situationen hemma på ett negativt sätt. Det hade Bengt märkt själv och efter att han förklarat för Eva vad han absolut inte ville att hon skulle nämna för hans mamma om saker som han sagt till henne i förtroende, kändes det faktiskt bra att veta att mamma hade någon att prata med.

Bengt och Evas planering för ett resursgruppsmöte fortsatte genom att de diskuterade vilka som skulle vara med på mötet förutom Eva, läkaren, Bengt och Bengts mamma. Bengt ville gärna ha med sin morbror Evert som alltid funnits som ett stöd för familjen efter att Bengts pappa dog när Bengt bara var tre år gammal. Eva tyckte att de skulle bjuda med en handläggare från Socialtjänsten, men det kändes väldigt konstigt. Socialfall, vem vill vara det? Eva ägnade mycket tid åt att förklara vilka olika saker han kunde få hjälp med och hur samhället delat upp ansvaret för insatser mellan olika myndigheter. Till slut gick Bengt med på att träffa en handläggare och se hur det kändes. Bengt tyckte det var en helt OK person, men ville inte ha med honom på resursgruppsmötet, det kändes helt enkelt inte som någon han kunde lita på så fort. Eva förstod det och de enades om att träffa handläggaren själva några gånger och så kanske han kunde vara med på nästa resursgruppsmöte. Det kändes helt fantastiskt att Eva faktiskt höll med honom om det, att hon litade på hans omdöme och att det var Bengts ord som gällde när det kom till vilka som skulle vara med på resursgruppsmötet, han började faktiskt lite se fram emot det.

Själva resursgruppsmötet var på öppenvårdsmottagningen. Eva berättade för Bengt att en del personer föredrog att ha resursgruppsmötena hemma i sina egna hem, men Bengt tyckte inte det kändes bra, han ville hellre att de skulle vara på mottagningen. Eva inledde mötet genom att berätta lite om vilka regler som gällde för själva mötet, hur lång tid det skulle ta och hur det skulle gå till. Hon berättade att Bengt skulle presentera sin plan och att de andra som var inbjudna fick kommentera och ha synpunkter. Eva poängterade att detta var en situation som Bengt kände sig spänd inför och att hon och Bengt hade kommit överens om att om det blev för jobbig stämning, så skulle Eva säga till och be alla skärpa sig, och om Bengt kände att det var jobbigt så kunde han ta en paus och gå ut ur rummet en stund.

Mötet gick över förväntan och trots att Bengt innan mötet var så nervös att han kände sig blek och kallsvettig, så var han väldigt nöjd med sin insats under mötet. Det var Eva och hans mamma också förresten, det sa de efter mötet. Planen som gjordes upp innehöll tydliga mål, både det långsiktiga om att få göra en egen film, och de kortsiktiga målen som handlade om saker som behövde uppnås för att Bengt skulle kunna nå det långsiktiga målet. Kortsiktiga mål var till exempel det där med att byta medicinen, och att lära sig mer om hur läkemedlen fungerar och hur de kan skydda mot fler psykosor, och ett mål handlade om att klara sig hemma utan så mycket hjälp från mamma, lära sig att diska och tvätta. Kanske kunde han så småningom få en egen lägenhet, tänkte Bengt, när han gick hem från öppenvårdsmottagningen.

Annikas erfarenheter

Annika Nilsson har egen långvarig erfarenhet av psykossjukdom och av olika insatser från samhällets sida. Annika kan berätta om hur svårt hon tidigare haft att göra sig hörd i vården och att hon ofta möttes av inställningen att allt skulle medicineras.

Annika fick möjlighet att delta i projektet ”Optimal Treatment Project” inriktat på att pröva RACT redan år 1994. Det innebar att hon till sin hjälp fick en resursgrupp som bestod av behandlande läkare, en case manager, hennes mamma, personlig assistent och andra personer som var viktiga för Annika då.

Mötena skedde hemma hos Annika och Annika uppskattade att andra ville komma till henne, att hon var den viktigaste personen just då. I resursgruppen fick Annika vara expert på sitt eget liv och man lyssnade på henne.

Annika har fortfarande kontakt med sin resursgrupp och case manager vid behov, men hon har lärt sig mycket om sig själv och vet idag hur hon kan göra när hon mår dåligt. Numera deltar Annika även som brukarsakkunnig i SBU-projekt och hon föreläser regelbundet för bland annat läkarstudenter.

Modul 7: Barn

Inledning

I arbetet med RACT har alla ett ansvar att även tala med och informera barn, främst minderåriga barn. Barn har rätt att avlastas och att tydligt få klart för sig att det inte är deras fel om en förälder mår dåligt. Redan i akutfasen, till exempel vid inläggning på psykiatrisk avdelning, är det av största vikt att alltid veta eller ta reda på om en patient har barn, och då främst minderåriga barn. Hur stödet till barnet/barnen sedan läggs upp beror på individuella orsaker och förutsättningar, men det görs lämpligen tillsammans med socialtjänsten som ofta har speciella barngrupper för detta syfte.

Barn i resursgruppen

I resursgruppsarbetet i RACT kan underåriga barn delta när båda eller någon av föräldrarna är med. Givetvis måste detta ibland avvägas beroende på ämne, problematik och föräldrarnas eller barnets egna önskemål. Det är viktigt att noggrant dokumentera om barn deltar i resursgruppen. Detta görs förutom i journaltext även lämpligen i Kvalitetsstjärnans bakgrundsdata som handlar om familjestruktur.

Tonåringar och äldre barn kan oftast delta i det ordinarie resursgruppsarbetet om brukaren också vill det. Yngre barn kan delta genom att vistas i rummet, men kanske ha med sig leksaker eller en bok som de kan sysselsätta sig med under resursgruppsessionerna. Det måste alltid göras enskilda bedömningar från gång till gång, eller från ämne till ämne. När vissa svårare saker avhandlas är det antagligen bättre om underåriga barn avstår ifrån att vara med.

Från kliniskt arbete har det visat sig att till exempel problemlösning, målformulering och tidiga tecken är delar i RACT där även minderåriga barn med fördel kan delta. Även kartläggande intervjuer kan göras enskilt med äldre barn.

Några förslag på metoder som kan användas som stöd till barnen och familjerna

Föra barnen på tal

Syftet med metoden *Föra barnen på tal* är att stärka föräldraskapet och stödja barnens utveckling. Metoden har utvecklats som stöd till personal som behandlar den psykiskt sjuka föräldern. Behandlarens grundutbildning eller yrke kan variera, och man behöver inte ha en psykoterapeututbildning för att använda metoden. Metoden kan även användas inom socialtjänsten och skolhälsovården.

Föra barnen på tal är en manualbaserad metod där behandlaren, genom att använda sig av tillhörande loggbok som hjälp, tillsammans med föräldern/föräldrarna går igenom barnens situation på ett strukturerat sätt vid två tillfällen. Syftet är att hjälpa föräldrarna att se barnens styrkor men också sårbarheter.

Man samtalar om hur de kan hjälpa barnen och man pratar också om hur förälderns psykiska ohälsa påverkar barnen, och hur föräldrarna kan öppna upp samtal om sin psykiska ohälsa med barnen. Som hjälp kan man använda handboken ”Hur hjälper jag mitt barn”.

Beardslees familjeintervention

Metoden är utvecklad för att öppna upp för samtal om förälderns sjukdom inom familjen. Syftet är att stärka skyddande faktorer – att öka barnens förståelse för förälderns sjukdom, öka öppenheten inom familjen om sjukdomen och att främja föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer som fungerande skola, kompisrelationer och intressen.

Metoden har även andra vinster. Barnet som anhörig blir hörd, och många gånger kan man effektivt lindra barnets oro. Förälderns oro kan minska och detta blir en god cirkel som kommer barnet och hela familjen till godo. Och lagstiftningen är tydlig, vi har som sjukvårdspersonal krav på oss att hjälpa dessa utsatta barn. Metoden innebär att man har 6 samtal i olika konstellationer, med 1-2 veckors mellanrum. Man använder sig av en manual under samtalen och metoden är strukturerad, men flexibel. Den är inte bunden till en viss teori utan har element från många olika teoribildningar. Alla yrkeskategorier kan lära sig att använda metoden.

Orosanmälan

Även inom ramen för RACT har vi en skyldighet att anmäla när vi har anledning att tro att ett minderårigt barn far illa. Denna orosanmälan ska då göras till socialtjänsten.

Modul 8: Stigma vid psykisk ohälsa

Vad betyder ordet stigma?

Stigma kommer ursprungligen från grekiskan och betyder märke eller sticksår. Det var ett kroppsligt tecken som skars eller brändes in för att varna allmänheten för den som bar märket. Stigma beskrivs av WHO 2001 som ett tecken på skam eller ogillande som resulterar i att en individ blir stigmatiserad, utstött eller utesluten från att delta i olika sociala sammanhang. Stigmatisering har av Thornicroft 2006 beskrivits som en trehövdad problematik avseende:

1. *Kunskap*, där bristande kunskap leder till ignorans eller ovilja att ta reda på sanningen
2. *Attityd*, där negativa attityder leder till fördomar, samt
3. *Beteende*, där ett fördomsfullt beteende leder till diskriminering.

Bristande kunskap, attityder och därpå följande tvivelaktiga beteenden leder slutligen till utövande av stigmatisering och diskriminering. I den stund en person kallas för psykiskt sjuk beskriver många att en omvälvande förändring äger rum i attityden gentemot personen (Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius 2012).

Övergripande indelning av stigma

Det finns tre olika typer av stigma:

- Kroppsliga stigmat, exempelvis ett fysiskt handikapp.
- Karaktärsstigmat, exempelvis ett missbruk.
- Gruppstigmat, bland annat religion, etnicitet, klass och kön.

Ett annat sätt att indela olika former av stigma beskrevs år 2007 av Hinshaw:

- *Strukturell stigmatisering* är en systematiserad stigmatisering av patienter, vilka genomgående nedprioriteras inom vården till exempel avseende undermåliga lokaler och underdimensionerad budget. Ett exempel på detta är nedprioriteringen av psykiatrifrågor i lagstiftning och vid maktutövande.
- *Offentlig stigmatisering* ser vi ute i samhället bland befolkningen, vad man tänker om psykisk sjukdom.
- *Självstigmatisering* utgörs av individens egna införlivade stigmat gentemot sig själv baserade på omgivningens stigmatisering, som individen tar för sanningar.
- *Associerad stigmatisering* utgör stigmatisering som familj och närstående upplever på grund av den sjuke, vilket beskrivs som ”ringar på vattnet”.
- *Anteciperad (förväntad) stigmatisering* är allt det som den drabbade undviker på grund av stigmatiseringen. Kan till exempel vara att inte söka ett jobb, trots att kvalifikationerna är tillräckliga.

Diskriminering

Negativa attityder leder således till stigmatisering, medan diskriminering är den efterföljande konsekvensen av att de negativa attityderna ageras ut. Diskriminerande beteende kan vara mer eller mindre medvetet. Oftast tycker de som diskriminerar att det är deras fulla rätt att fortsätta med sitt diskriminerande agerande, eftersom den drabbade har sig själv att skylla och inte förtjänar bättre. Det kan till exempel verka helt försvarbart att personer med psykisk sjukdom inte behöver ha samma rättigheter som andra medborgare. Följden blir alltså att den stigmatiserade kan nekas sina lagstadgade rättigheter, eller det faktum att personer med psykisk sjukdom får sämre tillgång till kroppssjukvård.

Att arbeta mot stigmatisering

De negativa effekter som utgör grunden för stigmatisering och diskriminering är även förknippade med sociala, medicinska och ekonomiska förhållanden. Exempel på områden där stigmatisering är vanligt förekommande är hög eller låg ålder eller stigmatisering baserad på kön, fattigdom, arbetslöshet, sjuklighet och funktionsnedsättning, etnicitet eller segregation. Olika stigma förstärker ofta varandra så att till exempel stigma associerat med hög ålder och sviktande funktioner förstärks om personen samtidigt är stigmatiserad av en psykisk sjukdom.

När personer med egen erfarenhet av både psykisk sjukdom och upplevd stigmatisering träder fram och berättar om sina personliga erfarenheter så nås de största antistigmatiserande långtidseffekterna. Engagemang av så kallade brukar-representanter är av stor vikt och förespråkas starkt. Har de dessutom en formell anställning inom psykiatrin, via till exempel NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa), når man antagligen ytterligare en bit.

Vad får stigmatisering för effekter?

- Stigmatisering leder till att människor inte söker hjälp för sina problem på grund av skamkänslor och dåligt självförtroende.
- Andra människor undviker att umgås med, arbeta med eller anställa personer som har psykiska funktionshinder, särskilt de som har allvarigare sådana.
- Stigmatiseringen drabbar även anhöriga eller anställda inom psykiatrin och leder i förlängningen till att resurserna minskas för denna grupp. Detta hindrar återhämtning och leder till diskriminering.

Föreningen (H)järnkoll

I anslutning till statliga psykiatrisatsningar har initiativ tagits för att motverka stigma. Ett exempel på detta är föreningen (H)järnkoll. Föreningen har ansvarat för kampanjer till allmänheten och utbildat ambassadörer. Att öka öppenheten och kunskapen är (H)järnkolls viktigaste uppgift.

Deras mål är att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter, oavsett psykiska olikheter. (H)järnkoll uppmanar till att våga prata om psykisk ohälsa.

NECT

”Narrative Enhancement & Cognitive Therapy” eller *NECT* är en gruppbehandling eller grupp-cirkel som syftar till att sänka främst självstigma, men även andra typer av stigma. På svenska kallas det ”Att utveckla sin personliga historia och minska självstigma”. NECT är en metod som har prövats tillsammans med RACT och som fungerar mycket bra. Det finns tre delar i NECT arbetet:

1. En **psykopedagogisk** del med avsikt att motverka stereotyp tänkande.
2. En del med **kognitiv omstrukturering** där avsikten är att motverka negativa tankar om den egna personen relaterad till självstigma och därmed relaterad hopplöshet och låg självkänsla. Den avser också att förse deltagarna med kognitiva redskap för att hantera stigmarelaterad social rädsla och nedstämdhet.
3. Avsikten med det **utvecklande berättandet** är att främja ökad insikt samt att ingjuta hopp och självkänsla på ett mer bestående sätt. Förhoppningen är att gruppdeltagarna ska få aha-upplevelser som ökar deras motivation till förändring.

Myter om psykisk sjukdom

Diskutera tillsammans med brukaren eller med gruppen (om det är flera) kring de olika myterna. Fråga hur brukaren/brukarna tror att dessa myter påverkar de egna tankarna och känslorna om sig själv. Fråga även om brukaren haft negativa tankar om sig själv på grund av dessa myter eller andra liknande myter.

- Myt 1: Människor med psykisk sjukdom brukar vara våldsamma.
- Myt 2: Människor med psykisk sjukdom kan inte arbeta.
- Myt 3: Människor med psykisk sjukdom kan aldrig återhämta sig.
- Myt 4: Människor med psykisk sjukdom har alltid en felaktig verklighetsuppfattning.

Att berätta om stigma eller inte berätta

Det finns inget tydligt svar på frågan om man ska berätta eller inte berätta om man har en psykisk sjukdom, det är en personlig fråga (Corrigan och Lundin, 2001).

- Stigma och självstigma leder ofta till en önskan om att dölja att man har en psykisk sjukdom.
- Att man utforskar för- och nackdelar med att berätta och dela med sig, när och till vem, behöver inte leda till att man verkligen gör detta.
- Både att berätta och att låta bli har sina för- och nackdelar som behöver övervägas.

Möjliga fördelar med att vara öppen:

- Lättar på bördan av att bevara en hemlighet.
- Kan leda till att man får acceptans och stöd.
- Kan inspirera andra människor att tala om liknande erfarenheter vilket kan öka antalet människor som stödjer en.
- Kan hjälpa en att få stöd när man behöver det.
- Kan vara stärkande och befria en från skuld och skam.

Möjliga nackdelar med att vara öppen:

- Att man går miste om stöd eftersom stigmatisering och okunnighet fortfarande finns och kan få vissa människor att ta avstånd.
- Negativa effekter på boende, social status och status på arbetet.

Kontrollerad öppenhet

Ett mål kan vara att nå en kontrollerad öppenhet som innebär att noga överväga för vem, när, var och i vilken grad man är öppen med sin psykiska sjukdom.

Kognitiv omstrukturering

Avsnittet består av fyra steg:

1. Att lära ut sambandet mellan tankar och känslor.
2. Att lära ut sambandet mellan tankar, känslor och handling.
3. Att lära ut hur stigma och självstigma påverkar tankar, känslor och handling.
4. Att lära ut hur nya sätt att tänka kan hjälpa en att bemästra negativa tankar.

Utvecklande berättande

- Utvecklande berättande ska hjälpa deltagarna att integrera nya perspektiv på sig själv i sina livshistorier.
- Idén är att kognitiv omstrukturering bara ändrar tänkandet på en ytlig nivå men att integrering av de nya perspektiven stödjer en förändring av tänkandet om sig själv på ett mer grundläggande sätt.
- Ett annat mål för detta avsnitt är att understryka att en människas historia har ett värde och kan förändras över tid. Genom att erbjuda åhörare för historien får den ett värde av möjligheten att höras och få respons.

Även om denna del av behandlingen är dess ”hjärta” finns den i slutet av behandlingen av två skäl. För det första antog vi att det behövdes en viss grad av sammanhållning i gruppen och bekvämlighet med materialet för att detta avsnitt skulle få effekt. För det andra kände vi att genom att utveckla sin personliga historia i slutet fanns det möjlighet för deltagarna att integrera kunskaper från tidigare avsnitt i historien.

Modul 9: Forskning och praktik

I forskning kring organisering av insatser för personer med svåra psykiska sjukdomar visar det sig att RACT ger bättre resultat än en traditionell sjukhusbaserad modell. Effekterna omfattar färre inläggningar på sjukhus, ökad stabilitet i boendet, minskad arbetslöshet, ökad brukarnöjdhet, färre brukare som förlorar sina fasta kontakter med utförarteamen - och de totala kostnaderna för vård och stöd blir inte större.

Forskning om effekter

I vetenskaplig tradition talar man om att jämföra utfall av olika behandlingsinsatser genom att göra studier där man slumpvis fördelar två olika insatser till de personer som ingår i studien. Den som utvärderar effekterna av insatserna ska helst inte ha någon kunskap om vilken individ som fått vilken insats, på detta vis uppnår man största möjliga säkerhet i utvärderingen. Detta kallas RCT-studie (Randomized Controlled Trial). Ett annat sätt att utvärdera effekter är att studera en metod utan att direkt jämföra med någon annan, genom att noggrant följa samma patientgrupp under en längre tid. Detta kallas observationsstudie.

För att ta reda på om RACT leder till bättre effekter än vanlig vård igångsattes ett internationellt forskningsprojekt 1994. Sammanfattningsvis blev huvudresultaten att brukare som deltagit i RACT blev bättre. De statistiskt säkerställda effekterna omfattade bland annat mått för social funktion, symtombild, belastning på närstående, brukarnöjdhet och livskvalitet. En metaanalys (en statistisk sammanvägning av flera olika studier) har gjorts av 17 studier (både observationsstudier och RCT) där man följt patienterna i 12-60 månader, varav tio stycken följdes i två år. 2263 patienter i tio länder deltog och fick RACT. Detta jämfördes med bästa möjliga öppenvård i respektive land.

Resultatet visar sammanfattningsvis en effektstorlek på 0,8 när det gäller social funktion, välbefinnande och förbättring av symtom. Om man kan uppmäta en effektstorlek som överstiger 0,5 brukar detta anges som ett resultat som talar för att den ena insatsen har så pass mycket bättre effekt än den andra att det kan märkas av individen i det dagliga livet. Hälsoekonomisk forskning visade att totalkostnaderna för RACT var helt jämförbara med bästa standardvård. Forskning vid Karlstads Universitet har även visat att avgörande framgångsfaktorer är en god allians och goda kommunikationer i resursgruppsarbetet.

Olika länder eller organisationer tillämpar olika metoder för att introducera arbetssätt och sprida användningen av nya metoder, detta kallas implementering. Exempel på implementering är att antingen straffa medarbetare eller mottagningar som inte utför det som man vill att de ska göra, eller belöna dem som gör det bra. Att få medarbetare att själva vilja delta i förändringsarbete är det bästa sättet, men kan vara svårt att genomföra och kräver en hög grad av närvaro av chefer och arbetsledare som kan förklara och motivera på ett bra sätt. Metoderna för implementering måste anpassas efter den organisation som finns. RACT har de verktyg, metoder och procedurer och den struktur som behövs för en framgångsrik implementering.

Modul 10: Kulturkompetens

I ett mångkulturellt Sverige är begreppet kulturkompetens något man hör i många sammanhang. Begreppet handlar inte enbart om kunskap om den kulturskillnad det innebär att vara från ett annat land, utan även om att förstå att människor med andra erfarenheter än de vi själva har reagerar på ett annat sätt än vi är vana vid i stressade situationer som till exempel vid psykisk sjukdom. Kulturskillnaderna kan vara stora mellan en person som vuxit upp i en storstad och en person som levt hela sitt liv på landsbygden. En man kan ha helt olika referensramar än en kvinna även om de kommer från samma ursprungsland. Vi skiljer oss även i till exempel politiska värderingar eller om vi blir kära i människor av samma kön som vi själva eller om vi blir kära i personer av motsatt kön. Avgörande för om det går att förstå en person som har helt andra erfarenheter än man själv är förmågan till empati men framför allt en vilja att förstå. För personer som arbetar i sjukvården eller i socialtjänsten är kulturkompetens en mycket viktig ingrediens i arbetet.

Kulturkompetens i resursgruppen

Ställd inför att brukaren eller någon av de närstående har en annan bakgrund än behandlaren, är det viktigt att komma ihåg att resursgruppen är basen i RACT-arbetet. En styrka med resursgruppen som idé är att personen ofta har medlemmar ingående i resursgruppen med samma kulturella bakgrund. Dessa är en stor tillgång framför allt om case manager och andra behandlare inte delar denna bakgrund själva. Om skillnaden i kulturell bakgrund uppfattas som ett problem är det bra att problemlösa kring hur resursgruppen bäst tar sig an detta. Ett sätt kan vara att byta case manager. Här får inte personalhänsyn gå före vad som kan tänkas gynna brukaren bäst.

Att sätta sig in i hur människor lever i den del av världen som brukaren kommer ifrån är en självklarhet. Konkret beskrivet kan ett sätt vara att ta brukaren och dennes närstående till hjälp.

Be om en beskrivning av hur det är att leva i hemlandet, ge utrymme att berätta med bilder och ord. På samma sätt kan man ta sig an andra olikheter i bakgrund mellan sig själv och brukaren. Nyfikenhet brukar vara det bästa sättet.

Tolk i resursgrupp

Alla medlemmar i resursgruppen behöver förstå vad som sägs, inte bara orden utan även vilken betydelse vissa uttryck har. Ett sätt kan vara att ha med en tolk. Detta gör ofta att man behöver strukturera mötet ännu mer än vad som är det vanliga, och att man inte kan diskutera lika många ämnen, utan hellre dela upp mötet på två gånger. Att enbart förlänga tiden brukar inte fungera så bra. Att använda tolk kräver vissa strategier. Några enkla råd:

- Använd helst en tolk som träffat brukaren innan och som fungerat i tidigare samtal.
- Tala med tolken innan och informera om vad som ska ske.
- Tala direkt till brukaren och till resursgruppsmedlemmarna under mötet och inte till tolken. Titta på den du talar till.
- Lämna tid för tolken att hinna med att översätta.
- Tala i korta meningar.
- Undvik alltför abstrakta uttryck, var konkret.

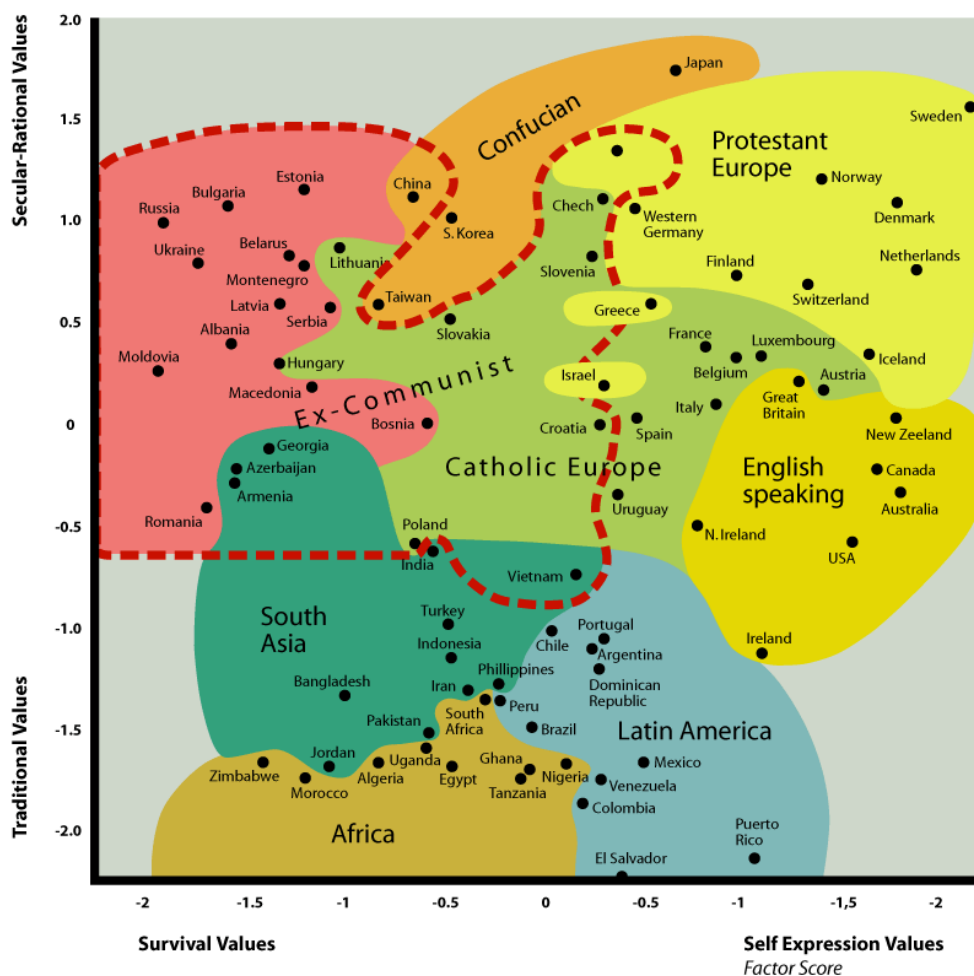
Världskartan för värderingar

WHO har tagit fram en världskarta som ser lite annorlunda ut än en vanlig atlas. Varje land representeras av en plats i ett koordinatorsystem där x-axeln är värderingar utifrån en tänkt skala där ändpunkterna är enbart överlevnadsvärderingar och enbart självuttrycksvärderingar. På y-axeln finns istället värderingar utifrån en tänkt skala mellan traditionella familjebaserade värderingar, ofta präglade av religiositet, och sekulära/rationella värderingar.

Traditionella värden karaktäriserar till exempel många afrikanska länder som Marocko eller Somalia medan Sverige karaktäriseras av sekulära/rationella värden. I många länder är överlevnadsvärden i förgrunden medan Sverige karakteriseras av självuttrycksvärderingar.

Man kan utnyttja världskartan som ett arbetsblad för att börja förstå kulturskillnader mellan olika kulturer, men också mellan olika generationer eller mellan personer i storstad eller på landsbygd. Kartan blir en tydlig bild över hur långt ifrån varandra två personer kan vara trots att vi lever i samma land. Det kan även ge oss en förståelse för att det kan vara svårt att förstå varandra och samarbeta kring något så fundamentalt som att hjälpas åt med återhämtning från svår psykisk ohälsa.

The Inglehart-Welzel Cultural Map of the World



Modul 11: Tidig upptäckt och intervention

Förespråkare för tidig intervention argumenterar för bättre resultat om mer insatser fokuseras på de tidiga stadierna av schizofrenisjukdomen eller på personer med tidiga symtom (prodromalsymtom). Dessa argument har blivit så övertygande att tidiga interventionsteam nu är väletablerade i USA, Europa och Australien.

I Sverige genomfördes ett arbete som kallades TOP-projektet under början av 2000-talet. Riktlinjer togs fram som kom att inspirera många team i Sverige att börja arbeta med denna fråga.

Följande delar ingår i tidig intervention:

1. Etablera en tidig kontakt med den drabbade, helst inom 24 timmar. Kontakten ska hållas med ett multiprofessionellt team, där alltid specialistläkare ingår. Engagera närstående från början och bjud in dem att delta.
2. Se till att ha bra och lättfattlig information om sjukdomen och betona samverkan mellan samtliga inblandade, även vårdgrannar.
3. Gör upp en plan med information om vart brukare och närstående kan vända sig vid alla tider på dygnet. Skriv gärna ner namn och telefonnummer på personer som de kan ringa vid behov. Vårdresurserna ska vara lättillgängliga för brukare och närstående.
4. Det tvärprofessionella teamet gör en utredning som inkluderar anamnes samt både psykiatrisk och somatisk utredning. Även psykosocial och neuropsykologisk utredning samt missbruksutredning görs, liksom arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk utredning.
5. Skattningar som kan göras är GAF-skallorna, RS-S, CAN samt skattningar ingående i Kvalitetsstjärnan.
6. Läkemedelsbehandling med antipsykotiska mediciner bör startas så snart det finns positiva psykotiska symtom. Om det behövs ska depression, tvång, sömnstörning eller annan psykiatrisk sjukdom behandlas med läkemedel eller andra insatser som bedöms lämpliga. Följ de nationella riktlinjerna.
7. De psykosociala insatserna som är lämpliga i tidig intervention kan vara att direkt starta en resursgrupp, olika gruppverksamheter som till exempel ESL, tidiga tecken, stresshantering och problemlösning samt psykopedagogisk undervisning för brukare och närstående tillsammans. Enskilt kan brukaren behöva samtal enligt KBT.

Huvudresultat av forskning

Uppföljningsperioderna i de studier som publicerats 1994 - 2009 varierade mellan sex månader till högst två år. De fas-specifika insatserna var den nya generationens antipsykosmediciner, kognitiv beteendeterapi och familjeinsatser, ensamma eller i kombination. Målen var att förebygga att prodromalsymtom utvecklades till psykos och/eller att reducera svårighetsgraden i psykostillståndens fortsatta förlopp. Författarna konstaterar att de för närvarande inte hade tillgång till tillräckligt vetenskapligt dataunderlag för att dra några slutgiltiga slutsatser.

I Sverige har Cullberg och medarbetare genomfört en femårig studie om tidig intervention och fann att 54 % av de som fick en kombination av insatser i form av tidig intervention med familjeinsatser, individuell psykoterapi och låga doser antipsykosmedicin blev återställda. Denna studie kallades Fallskärmsprojektet. I denna undersökning ingick personer som hade psykossymtom av en mindre allvarlig form såväl som personer med schizofreni. I en uppföljande artikel konkluderar medarbetare till Cullberg, i en artikel som är skriven av Lena Flyckt, att man vid uppföljning kan se vilka faktorer som bäst förutspår en bra prognos. Dessa faktorer är i ordningsföljd: Global Assessment of Functioning (GAF) värde under året före insjuknandet, utbildningsnivå, GAF-värde vid första kontakten, kön och socialt nätverk.

Konklusion

Även om forskningen inte kan visa att det är möjligt att helt stoppa en psykosjukdom, så visar data och erfarenhet att förloppet kan mildras och att insatser som sätts in tidigt kan ha en större påverkan på personens liv.

Arbetsblad

Tidiga tecken (*arbetsblad nr.7*)

Modul 12: Utvecklingen av ACT-team

ACT utvecklades på 1970-talet i USA som ett svar på behovet av samhällsbaserade insatser. Detta program som togs fram av Stein och Test kallades TCL, ”training in community living”, och har fungerat som modell för hur metoden ACT kommit att formas i Europa. De första svenska teamen startades i samband med att psykiatrireformen genomfördes och färre patienter kunde erbjudas vård på sjukhus. Under de senaste årtiondena har flera olika modeller prövats och RACT har störst forskningsstöd och är den metod som har blivit mest använd.

ACT-modellen för vård- och stödsamordning

En Case Manager (CM) är den person som svarar för att planerade insatser genomförs. CM samordnar även alla olika vård- och stödåtgärder för den enskilda patienten. Det finns olika modeller för hur case management kan organiseras. RACT är en modell som utgår från det som kallas för Intensiv Case Management.

Intensiv Case Management

Denna form av case management, i USA kallad Clinical Case Management, kom att kallas Intensiv Case Management i Sverige. I Intensiv Case Management genomförs samordning och koordinering av alla insatser under ledning av en Case manager. I denna modell för case management är det viktigt med kontinuitet i behandlingen och utvecklandet av terapeutiska allianser, det vill säga fasta personliga relationer mellan patient och professionella.

ACT-modellen - ursprunglig version

Assertive Community Treatment (ACT) för psykiatriska team skapades ursprungligen i USA på 1980-talet som ett bättre alternativ till den traditionella sjukhusmodellen. Dessa team kallas nu ofta för ortodoxa ACT-team. De inspirerade till en utveckling av nya versioner runt om i världen, till exempel i Australien, Canada, Italien, Nya Zeeland, Storbritannien och USA. Målgruppen var patienter med svåra psykiska besvär och funktionsnedsättningar. För att räknas som ett ACT-team skall det specifika psykiatriska teamet uppfylla ett antal kriterier.

Kärningredienser för ett ortodoxt ACT- team är:

- Ett aktivt uppsökande samhällsbaserat team där det ingår case managers och andra professionella utförare. Dessa kan vara psykiater, sjuksköterska, psykolog och sjukgymnast.
- Specialister på samsjuklighet ingår. Dessa har särskilda kunskaper om vård och stöd för patienter som har både psykosjukdom och missbruk.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering via till exempel en arbetsterapeut.
- Antalet patienter per case manager skall vara max tio.
- Teamet har gemensamt ansvar för alla patienter.
- Teamet skall vara igång dygnet runt alla dagar i veckan.
- Personer med egen sjukdomserfarenhet skall finnas anställda som ”Peer Case Managers”.

ACT-modellen - version AO (Assertive Outreach)

En vidareutveckling av den ortodoxa nordamerikanska ACT-modellen har ägt rum i Storbritannien. Där kallas ACT för Assertive Outreach (AO) och ACT-teamen följaktligen för AO-team. I AO-teamen kan även socialtjänstpersonal ingå. Den ortodoxa modellen har i AO-teamen modifierats, bland annat gällande de ursprungliga ACT-ingredienserna. Antalet patienter per Case manager har modifierats till 15-25. Vidare har 24-timmars krisjour, sju dagar i veckan, utvecklats mot tillgänglighet via mobiltelefon, e-post och sökare. Teamet som gemensamt ansvarigt för alla patienter har kompletterats med individuellt CM-ansvar.

Ett sätt att organisera vården, framför allt då det inte finns tillräckligt underlag för subspecialiserade team, är generalistteam. Ett generalistteam har totalansvar för en sektor och är alltså inte specialiserade på en viss målgrupp av patienter. Sedan slutet av 2010-talet pågår en utveckling i Storbritannien där de specifika AO-teamen läggs ner genom att slås ihop med generalistteamen. Kunskapsunderlaget för detta är forskning som visat att generalistteam, som tagit till sig typiska ACT- ingredienser, uppnår lika goda resultat som specifika AO/ACT-team gällande minskning av antalet inläggningar på sjukhus.

ACT-modellen - Flexibel ACT-version

Personer med svår psykisk sjukdom som ofta återfaller i sjukdom och som har problem med att samarbeta med vården anses vara den främsta målgruppen för den ortodoxa ACT-modellen. I Holland ifrågasattes under början av 2000-talet indelningen i ortodoxa ACT-team och generalistteam eller AO-team (Veldhuisen 2007). En modell etablerades som tog i beaktande att det i själva verket ofta rörde sig om samma personer vars tillstånd dynamiskt förändrades över tiden, och inte helt olika grupper av patienter.

I den ortodoxa modellen kunde patienter flyttas mellan olika team utefter aktuella behov. I Holland valde man istället att variera insatsnivån inom samma team. Vårdansvaret inom teamet växlade mellan individuellt CM- och läkaransvar i ordinarie behandling till gemensamt teamansvar i prioriterade akutlägen. Detta kallas för flexibel ACT (FACT) och genomförs av FACT-team. Enligt FACT växlar resursgruppen upp till ACT-nivå närhelst det är aktuellt. Detta innebär bland annat gemensamt teamansvar, daglig planering och uppföljning och tätare personliga möten med brukaren - allt genomfört med stöd av en Digiboard, vilket är en digital tavla där patientens namn, förhållanden och aktuella problem finns noterade.

Jämförelse mellan olika ACT modeller

När den ortodoxa ACT-modellen jämförts med program för bra daglig samhällsbaserad praxis i Europa har dock fynden i kontrollerade studier vanligtvis inte påvisat evidens för bättre resultat. Den upp till tio år långa engelska REACT-studien jämförde samhällsbaserade generalistteam och högspecialiserade ACT-team och man fann ingen skillnad avseende inläggningar på sjukhus, men brukare med ACT-team som utförare var mer nöjda.

Organisatoriska modeller för psykosbehandling.

(ACT = assertive community treatment; P-ACT = program of assertive community treatment;

AO = assertive outreach; F-ACT = flexibel ACT; R-ACT = resursgrupps-ACT.)

Delar av arbetsmodellen	Bärande komponenter	ACT-modell, version/land			
		P-ACT/ USA	AO/Stor- britannien	F-ACT/Neder- länderna	R-ACT/ Sverige
<i>ACT-modellen</i>	Uppsökande arbetssätt, hembesök	X	X	X	X
	Samhällsbaserad psykiatri	X	X	X	X
	Tvärprofessionellt team	X	X	X	X
	Samordning av alla åtgärder	X	X	X	X
	Krisstöd dygnet runt	X	X	X	X
<i>Vård- och stödsamordning</i>	Hela teamet delar vård- och stödsamordningsansvar, särskilda psykiatriska ACT-team	X			
	Individuell intensiv vård- och stödsamordning, särskilda ACT-team		X	X	X
	Flexibel växling mellan nivå för individuellt vård- och stödsamordningsansvar och nivån delat vård- och stödsamordningsansvar för hela teamet – inom ett och samma team (F-ACT)			X	X
<i>Triagering</i>	Insatsnivån för den enskilda klienten styrs med digital tavla			X	X
<i>Styrning av processer och åtgärder</i>	Behandlingsinsatser styrs genom gemensamma beslut i resursgruppen – där klienten/patienten alltid är med.				X
	Uppföljning av behandlingsresultat sker i resursgruppen.				X

Resursgrupps-ACT (RACT)

RACT grundar sig på den enskilde patientens behov och beslut och stöder patientens personliga återhämtning. Baserat på personliga mål och behov, identifierade i resursgruppen, genomförs behandling, rehabilitering och stöd. Som exempel på behandlingsmetoder kan nämnas läkemedel i individuellt anpassade doser, psykoedukation i form av individuell utbildning av patient och närstående, psykosociala insatser som familjeinterventioner, social träning, boendestöd och arbete med stöd (IPS), KBT och specifika strategier för till exempel missbruk, depressivitet och ångest.

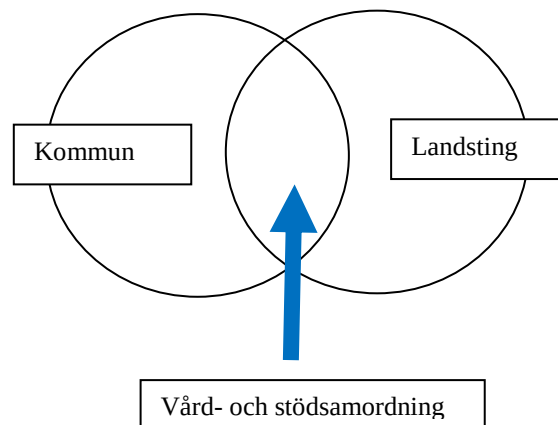
Uti från arbetet med IP i Buckingham 1984-94 och genom OTP-projektet 1994-2007 har RACT vidareutvecklats genom forskning, erfarenheter och baserat på synpunkter från engagerade kollegor från hela världen. På individnivå har RACT behållit många kärningredienser från den ortodoxa ACT-modellen. Dessa ingredienser har vidareutvecklats och förstärkts ytterligare genom ett nytt kärnelement, nämligen resursgruppen. En annan aspekt som har blivit allt viktigare är att patienten, som alltid ingår i resursgruppen, utbildas och deltar i gemensamma beslut och genom särskilda procedurer även i bedömning, planering, genomförande och återkoppling.

Kvalitetsuppföljning är viktigt och kan göras på flera nivåer. Verksamheten kan utvärdera sina team genom kvalitetsregister. Årliga *audits*, det vill säga en extern granskning av i vilken utsträckning utförare och team följt metodikprogrammet (programtrogenhet), genomförs för utförare och team. Verksamheter kan göra anpassningar till lokal praktik, förutsättningar och behov, om dessa inte inkräktar på metodikens kärnelement. På systemnivå bygger RACT på en balanserad integrering av sjukhusvård, psykiatrisk öppenvård, primärvård och socialtjänst.

RACT innehåller de effektivaste metoderna för behandling av depression, ångest, psykos, tvång, ätstörningar och demens som vetenskapen idag känner. Metodiken är så utformad att patienten själv styr över sin behandling. För personen viktiga människor från dennes sociala nätverk deltar aktivt som resurspersoner. En huvudidé i RACT är att förbättra patienternas och de närståendes förmåga att klara av stress och att lösa sjukdomsrelaterade problem och andra problem i samarbete med professionella utförare.

Helheten i en samverkan mellan två huvudmän

RACT kan tillämpas av både kommuner och landsting och av dessa i samverkan, vilket är att föredra. Det är av underordnad betydelse vilka benämningar man använder, det viktiga är att kärnelementen i RACT bibehålls. Om möjligt bör samverkansavtal mellan huvudmännen göras upp innan RACT ska införas. Avtalen bör omfatta landstings- och kommunpsykiatrin förutom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.



Modul 13: Implementering av RACT

Inledning

Implementering handlar om att införa och använda en ny behandling i praktiken. Vikten av att planera implementeringen är central. När en metod som RACT implementeras är det många saker man måste ta hänsyn till redan i planeringen:

- Har vi rätt organisation för RACT?
- Är lokalerna lämpliga, finns det till exempel grupprum för möten?
- Har vi den nödvändiga kompetensen?
- Har vi metodstödjare?
- Är nödvändiga yrkesgrupper med i RACT-teamet?
- Har cheferna varit tydliga med vad som gäller?
- Hur följer vi kontinuerligt upp implementeringen i verksamheten?
- Var noga med samverkan med vårdgrannar och närstående.
- Läkarna ska vara med.

Faser i implementeringsarbetet

1. Behovsinventering
2. Införande av RACT och skapande av en lokal ledningsgrupp
3. Användning av RACT
4. Vidmakthållande av RACT

Behovsinventering

Vilket *behov* har vi av nya metoder? Det viktiga i början är alltså behovet, inte metoden. Om man tydligt identifierar vilket behov man har, så ökar möjligheten att lyckas med implementeringen. Sätt upp ett tydligt mål, ett mål som ska kunna mätas och som är konkret. Skilj på vision och mål.

Införande av RACT

Här handlar det om att säkra nödvändiga resurser som lokaler, tid, aktiviteter, material, rekrytering och utbildning av personal. Informera även personer och enheter inom andra delar än den som är direkt berörd. Var beredd på att besvara frågor som: Varför? På vilket sätt? Vilka berörs? Vilka resurser finns och vilka behövs? Vad krävs av mig? Vad krävs av organisationen? Vilka hinder och vilka framgångsfaktorer finns?

Arbetet med och ansvaret för implementering av modellen delas helt naturligt mellan aktuella huvudmän och enheter utifrån redan existerande ansvarsområden.

Härutöver behövs en sammanhållande funktion för att initiera, leda och utveckla arbetet med implementeringen – förslagsvis en lokal ledningsgrupp. Bland övriga nyckelfunktioner märks biståndsbedömare, chefer inom organisationens olika nivåer samt även utbildningsansvariga. En särställning intar självfallet brukarna själva och deras företrädare.

Det är en självklar utgångspunkt och förutsättning för en framgångsrik implementering att brukarinflytandet betonas och tas till vara inom varje del av arbetet. För en lyckad implementering krävs tydliga uppdrag för samtliga inblandade.

Skapa en lokal ledningsgrupp

För en lyckad implementering av RACT är samverkan mellan samtliga inblandade A och O. Brukaren, närstående, socialtjänsten, psykiatrin samt i vissa fall även till exempel primärvård ska alla vara med i processen från början. Samtliga huvudmän samt givetvis även brukar- och/eller närståenderepresentanter ska ingå i den nyskapade lokala ledningsgruppen som styr implementeringsprocessen.

Den lokala ledningsgruppen ska samordna implementering och lokal tillämpning av RACT. Det gäller exempelvis samverkansavtal, strukturer för fungerande samarbete inom verksamheterna som till exempel mellan biståndsbedömning och verkställighet i kommunen. Det gäller även gränsdragningar mellan olika parallella krav på individuella planer, rutiner och vilka brukare som ska få stöd av en case manager, med mera.

Det är ledningsgruppens uppgift att bland annat initiera utbildning och ge information till berörda chefer. De bör även stödja förberedelser inom olika delar av organisationen för kommande arbetsuppgifter. En fördel är om man har en utbildningsanordnare. Den lokala ledningsgruppen ansvarar som regel även för uppbyggnad och planering av insatser för att upprätthålla kunskap och kvalitetsarbete, bland annat i form av audits (kvalitetsrevision), handledning samt olika former av metodstöd. Till ledningsgruppens ansvar hör slutligen även att informera möjliga samarbetspartner i ett framtida resursgruppsarbete. Det rör sig exempelvis om Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och primärvården. Av företrädare för dessa samarbetspartner krävs medvetenhet och kunskap om modellen i tillräckligt hög grad för att kunna delta i resursgruppsarbetet samt att aktualisera brukare med mera.

I och med att implementeringen avslutas, så upplöses den lokala ledningsgruppen och ansvaret övergår till chefsgruppen, gärna med en brukare och en case manager från respektive huvudmän adjungerad i denna nya grupp, som lämpligen kallas styrgrupp.

Användning av RACT

Kontinuerligt metodstöd krävs eftersom en osäkerhet ofta infinner sig när metoden börjat användas. Även kärnkomponenter kommer nu in i bilden: Vad är essensen i RACT? Betona vikten av brukarens centrala roll, att resursgruppen är kärnan i arbetet, delaktigheten och samverkan mellan samtliga inblandade.

Utgå ifrån en projektplan

Den lokala ledningsgruppen skriver till att börja med en projektplan, som sedan hela implementeringsarbetet utgår ifrån. I denna projektplan bör finnas:

- Beskrivningar av samtliga rutiner, policys, riktlinjer, samt även arbetsbeskrivningar för medarbetarna.
- Var extra noga med att i projektplanen beskriva hur samverkan ska ske. Vilka ska vara med och hur ser deltagande och ansvar ut?
- Beskrivning av samtliga moment i processen, med tidsangivelser.
- Ange vem som ansvarar för vad i implementeringen.
- Beskriv hur implementeringen fortlöpande ska följas upp, av vem och med hjälp av vilka instrument och skalor?
- Beskriv avslutningen av implementeringen, vilka som genomför audits och när.

Brukare och närstående

För en lyckad implementering bör brukare och närstående vara representerade från första början. På vilket sätt de är representerade kan vara svårt att säga, här måste hänsyn tas till lokala förutsättningar. Förslaget är att brukarna och närstående är representerade i den lokala ledningsgruppen, antingen direkt i gruppen eller som adjungerade. Även när det gäller organisering av implementering har brukar- och närståendeargumentation idag en stor kunskap och erfarenhet, en kunskap och erfarenhet som vi professionella inte får vara rädda att ta till oss.

Biståndsbedömarens roll

Olika kommuners biståndsbedömarens roll har haft skilda förhållningssätt när det gäller insatser som utförts inom ramen för RACT. Frågor som varit aktuella har bland annat varit om den del av insatserna som ska utföras av kommunal personal ska definieras inom biståndsbeslutet eller om det ska vara avgiftsbefrielse för insatserna. Utvecklingen verkar dock gå åt det hållet att biståndsbedömarens roll förhåller sig till RACT på så sätt att insatserna uteslutande anses vara en fråga för verkställigheten. I praktiken innebär detta att brukaren liksom tidigare får beslut om olika former av stöd i vardagen av biståndsbedömare, som sedan ska verkställas av personal inom verkställigheten.

I förlängningen kan dock ett utvecklat arbete inom resursgrupper medföra att det uppstår behov av förändrade beslut från biståndsbedömarens enhet, och då får dessa helt enkelt tas utifrån förnyad kontakt från brukaren, eventuellt med stöd av case manager eller kontaktperson. Verkställigheten har här frihet att välja vilka arbetssätt som används i genomförandet av uppdragen. Trots detta uppkommer andra svårigheter.

Oavsett om case managern arbetar inom kommunal eller privat verksamhet så måste det finnas en avsatt budget. Frågan uppstår då om hur privat eller kommunal verksamhet arvoderas för den tid som behövs för exempelvis bedömning, diskussioner med medlemmar i resursgruppen med mera. Det timantal som beviljats gäller ju själva de konkreta insatserna i sig och rymmer inte det övriga arbetet som ingår i RACT. Centralt är att biståndshandläggare har en grundläggande kunskap om RACT, så att de är tydliga med vilka insatser som ingår i beslutet. Önskvärt är att biståndshandläggaren är med i resursgruppen vid förändringar i biståndsbeslut.

Cheferna

Chefsuppdraget i dess olika former baseras i grunden på att implementera, upprätthålla och förstärka fungerande strukturer i arbetsgruppen. En nödvändig förutsättning är därför att samtliga chefer har en bra kunskap om vad som ska implementeras, i detta fall RACT. En konkret och praktisk förståelse av vad metodiken innebär i form av arbetsuppgifter och därmed av ansvar och resursåtgång för personalen inom den egna enheten förutsätts därför.

Det bevisligen bästa sättet för chefer att få kunskap om RACT är att gå utbildningen tillsammans med övriga arbetsgruppen. Utbildningar speciellt riktade till chefer kan vara bra, men det är lättare att man då fjärrmar sig från sina medarbetare.

Det huvudsakliga chefsverktyget är att ge arbetsgruppen coachning med positiv feedback för att förstärka de önskade beteenden som gagnar uttalade målsättningar. De delmål som har uttryckts ska dessutom vara tydliga och utvärderingsbara. Sist men inte minst bör arbetsledaren, eller en metodstödjare, vara närvarande i gruppens dagliga arbetsuppgifter. Det ligger även på cheferna att ta fram policys, riktlinjer och arbetsbeskrivningar som är tydliga för samtliga som ska arbeta med RACT.

Utbildningssamordnaren

Uppgiften är mångfacetterad och bland annat krävs att utbildning och utvecklande av lokala tillämpningar bör ske parallellt. För att få stöd i allt detta anlitas med fördel en utbildningssamordnare eller en utbildare, som dels är expert på metoden RACT, men även har kunskap om att implementera en metod som RACT.

Kunskapen och därmed kraften i förändringsarbetet ska finnas i den egna organisationen för att bli långsiktigt hållbar. Olika lösningar kan väljas beroende på lokala förutsättningar.

Vidmakthållande av RACT

När mer än hälften av de professionella använder den nya metoden brukar man säga att metoden är implementerad. Det kan ibland ta flera år. Efter ytterligare ett till två år har det nya blivit en rutin. Att följa upp genom Kvalitetsstjärnan, kvalitetsregister och genom externa audits hjälper till att vidmakthålla metoden.

Att mäta resultaten

Även när RACT implementerats kan övriga krav på dokumentation, arbets- eller samverkansplaner med mera inte åsidosättas. Dokumentationen av det nya arbetssättet måste på ett naturligt sätt ingå i den ordinarie dokumentationen av vård- och stödarbete. Ledningen ska skapa riktlinjer och arbetsbeskrivningar som är tydliga för både utförare och brukare och dessutom undanröjer risken för parallella processer. Det är ledningens uppgift att formulera tydliga tillvägagångssätt för att uppnå och bibehålla en hög programtrohet samt även att mäta denna. Motsvarande uppgifter för utförare är egenkontroll och uppföljning.

När man så ska mäta resultaten bör organisationen på ett tidigt stadium definiera hur och med vilka mått resultatet kommer att mätas. Exempel på resultat är bedömning av effekten på brukarens livskvalitet, självständiga positiva aktiviteter och symtomatologi. Denna mätning sker dels med hjälp av Kvalitetsstjärnan, och dels genom den kontinuerliga skattning som brukare och utförare genomför tillsammans. Organisatoriska målsättningar kan vara hur många brukare som får tillgång till metodiken eller liknande. Det behövs även ett kontinuerligt förbättringsarbete. Ansvaret för detta förbättringsarbete och styrning läggs förslagsvis på den nya styrgruppen.

Utvärdering av implementering

Under och efter implementeringen av RACT krävs ett kontinuerligt arbete med att utvärdera själva implementeringen. Interna audits som cheferna genomför eller låter genomföra är ett sätt som fungerar väl. Dessutom krävs externa audits av experter som följer upp hur implementeringen genomförs. Metoduppföljning av varje enskild metod är även det viktigt. I RACT finns ett antal självskattningsverktyg för brukare och för närstående, som då används. Även självskattningar för utförare bör användas och följas upp i den lokala ledningsgruppen.

En god förståelse för de olika huvudmännens kompetenser är en utgångspunkt för en framgångsrik implementering. En kompetenshöjning sker inom den kommunala organisationen – där exempelvis antalet boendestödare med högskoleutbildning i flera kommuner i dag närmar sig eller överskrider hälften av personalgrupperna. Det finns med andra ord en snabbt växande kompetens inom områden som i många fall skiljer sig från de hos psykiatriskt skolade behandlare.

Samverkan som baseras på förståelse och respekt kan i realiteten inte hanteras genom en förenklad uppdelning i alltför tydliga olika arbetsområden. RACT integrerar på ett förtjänstfullt sätt landstingets behandlingsinsatser med kommunala stödinsatser. Samtidigt kan konstateras att RACT inte låter sig reduceras till strategier för samverkan mellan huvudmännen. Bland de områden där man arbetar tillsammans återfinns arbete med återfallsprevention, strategier för att öka förmågan till problemlösning och kommunikation, hjälp med att hantera tankar och känslor, uppmärksamhet på de närståendes situation med mera. Framför allt ges konkreta strategier för resursgruppsarbete.

Implementering i punktform

- Gör en behovsinventering.
- Skapa en lokal ledningsgrupp.
- Skriv en projektplan.
- Tydliggör den lokala ledningsgruppens ansvar.
- Ge utbildningssamordnare och utbildare mandat att genomföra en utbildning av RACT.
- Samtliga berörda, även deltagare i den lokala ledningsgruppen, genomgår den utbildning som krävs för att kunna implementera RACT.
- Redan vid utbildningens start planeras för gemensamt kontinuerligt metodstöd för samtlig berörd personal.
- Vid utbildningens slut planerar den lokala ledningsgruppen fortsättningen av implementeringen.
- Utvärdering och uppföljning genomförs.

När implementeringen är avslutad upplöses den lokala ledningsgruppen och en lokal styrgrupp tar över.

MODUL 14 – 37 HUR ARBETAR MAN?

Modul 14: Arbetsordning

Inledning

I denna modul beskrivs arbetet med RACT på ett instruktivt sätt som gör det enkelt att följa. Inte bara brukaren, utan alla i resursgruppen, behöver få information och förstå hur arbetet går till. Case managern har ansvaret för att alla blir på det klara med sina roller i processen. Kontakten mellan case manager och brukare bör inledas med information om hur processen går till. I de fall det finns case managers från flera huvudmän (vård- och stödsamordnare är ibland en beteckning som används här) samarbetar dessa i arbetet med RACT. Arbetssättet presenteras här i den ordning det vanligen brukar vara mest praktiskt att genomföra insatserna. Först presenteras här de ingående delarna överskådligt i en tabell.

Moment	Kort beskrivning
1. Uppstart	Arbetet med RACT startas upp med fokus på brukarens delaktighet.
2. Utredning	Allians. Hembesök. Kartläggning. Nätverk. Individuella intervjuer med brukare och närstående.
3. Resursgruppen	Formering av resursgruppen. Förberedelser för resursgruppsmötet
4. Personliga mål	Formulera mål.
5. Resursgruppsmöte	Formerna för resursgruppsmötet. Planen för fortsatt arbete fastställs.
6. Specifika strategier	Problemanalys. Kommunikationsträning. Familjeintervention. Stresshantering.
7. Uppföljning	Uppföljningar med återkoppling till brukaren.

Uppstart

Fokus på brukarens delaktighet

Begreppet återhämtning är centralt i RACT. Begreppet förklaras närmast som brukarens egen uppfattning om vad som är ett gott liv. Återhämtning beskriver således brukarens syn, inte vårdens eller de närståendes tankar om vad som är ett normalt eller friskt liv. Processen att ta fram vad som är brukarens egna mål med sitt liv och sin återhämtning är inte enkel. I detta arbete behöver case manager och läkare ägna en stor del av sin professionella skicklighet till att vara pedagogiska och inkännande, likväl som väl insatta i tekniker som KBT och MI. Det är till stor hjälp att använda sig av arbetsbladen i RACT. Absolut grundläggande i denna inledande process är att skapa en allians med brukaren, utan tillit kommer man inte att kunna genomföra den gemensamma processen mot återhämtning.

Arbetsblad Körschema kan användas som underlag för att förklara arbetsprocessen i RACT och för att beskriva olika steg i återhämtningsprocessen samt för att introducera arbetsbladen. Körschemat beskriver brukarens väg med start i beslutet att påbörja programmet till programmets avslutning när brukaren nått sina personliga mål. Det är viktigt att berätta om att uppföljningar med återkoppling av hur det gått genomförs regelbundet och kompletteras med årliga uppföljningar.

Utredning

Allians

En utredning görs för att kartlägga brukarens situation och för att hitta lämpliga mål att arbeta med i den fortsatta processen. Att skapa en allians är grundläggande för allt arbete i RACT och måste genomsyra de första mötena. Det är därför viktig att tidigt i kontakten fråga efter aktuella problem i brukarens livssituation som man sedan tillsammans försöker lösa, det kan röra sig om att hitta en bra matordning eller ringa till en närstående som man inte träffat på många år.

Sammanfattningsvis är det fyra aspekter som är viktiga för att skapa en god och bärande arbetsallians:

- Att relationen mellan brukare och Casemanager präglas av respektfullt bemötande samt att brukaren känner tillit till sin Casemanager
- att brukare och CM är överens om hur nuläget ser ut.
- att brukare och CM är överens om målen för det gemensamma arbetet
- att brukare och CM är överens om vilka metoder man skall använda sig av.

I det tidiga skedet är alliansen ofta viktigare än att hitta det perfekta målet eller snabbt genomföra de viktigaste insatserna. I detta måste naturligtvis vägas in en bedömning om viktiga behandlingsinsatser kan vänta eller om man snabbt behöver medicinera mot en depression eller erbjuda en psykologisk behandlingsmetod. En farlighetsbedömning måste också alltid göras. Finns det risk för självmord, risk för våld mot andra, finns det barn som far illa? Dessa faktorer behöver klarläggas. Det är av vikt att dessa ställningstagande diskuteras då det ibland kan leda till svåra beslut.

Hembesök

Utredningen bör alltid inkludera hembesök. Grunden i RACT är att så stor del som möjligt av behandlingsinsatser görs i brukarens hem. Att välkomnas hem till någon är att utmana de roller av vårdare och patient som man vanligtvis intar.

Kartläggning

Kartläggningen kombineras ofta med en medicinsk utredning som har till syfte att fastställa en diagnos eller bedöma om det finns några kroppsliga hälsoproblem som behöver beaktas. Inför insättning av läkemedel måste ofta en del provtagningar göras och i modern psykiatrisk behandling måste även hälsoaspekter som rökning, vikt och tandvård finnas med i planeringen av vilket läkemedel som brukaren ska erbjudas.

Utredningen omfattar en kartläggning av nätverk, både brukarens egna nätverk med familj och vänner, och även det professionella nätverket med aktuella kontakter inom vården, socialtjänsten, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Redan från början bör brukarens personliga mål diskuteras. Arbetsbladen Individuell intervju, En vanlig dag, Körschema och Nätverkskarta (sociogram) för kartläggning av brukarens nätverk är en bra start för att belysa hur processen kommer att gå till och för att lära känna brukaren. Det är i arbetet med kartläggning som en arbetsallians skapas. När de första stegen mot upprättande av en arbetsallians tagits, kan det på basen av intervjuerna var aktuellt att sammanfatta de första bedömningarna med arbetsbladen GAF-skolor för funktion och symtom.

I texttrutan finns förslag på arbetsblad och skattningsskalor som används för kartläggning och uppföljning.

Arbetsblad:

Individuell intervju (arbetsblad nr 3)

En vanlig dag (arbetsblad nr. 4)

Nätverkskarta (arbetsblad nr. 5)

Lista över nätverk (arbetsblad nr 2)

Intervju av resurspersoner (arbetsblad nr. 9)

Plan för personlig utveckling (arbetsblad nr 15)

Min riktning (arbetsblad nr.16)

Skalor:

CAN Behov (kan beställas)

QLS-100 Livskvalitet (arbetsblad 6)

Individuell intervju

För att ta reda på vad brukaren har för önskemål inför framtiden och vilka kunskaper hen har om sin sjukdom görs den individuella intervjun. Syftet är att komma fram till vilka personliga mål som resursgruppen ska arbeta med framöver i den personliga utvecklingsplanen.

En vanlig dag

Arbetsbladet *En vanlig dag* syftar till att kartlägga brukarens vardag. Man går i detalj igenom vad brukaren gör under en dag och noterar vilka personer man träffar, vilka situationer man finns i och vilka platser man befinner sig på. Diskussionen handlar sedan om vad man vill förändra.

Nätverk

Nätverket innefattar både familj, vänner, arbetskamrater och professionella behandlare och alla dessa personer har stor betydelse när det gäller återhämtning från psykisk ohälsa. Ett sätt att överblicka vilka personer som ingår i det egna nätverket är att göra en *nätverkskarta*. Det är de personerna som identifieras med hjälp av nätverkskartan som ska utgöra grunden för brukarens resursgrupp.

Att se alla sina relationer på ett papper kan vara bra då man på detta sätt ser hur många personer som faktiskt finns och som troligtvis vill hjälpa till vid återhämtning och rehabilitering. I vissa fall kan upplevelsen däremot vara smärtsam. Kanske upplevs nätverket som alltför litet, kanske har vännerna försvunnit och det är mest professionella personer kvar.

Det är under alla omständigheter viktigt att brukaren och dennes case manager diskuterar nätverkskartan. Man resonerar om hur man tillsammans kan hjälpas åt att förändra kartan i överensstämmelse med brukarens personliga mål. Detta kan ibland kräva många samtal där kartan är i centrum.

Komplettera nätverkskartan med namn och adresser för resurspersoner med arbetsbladet *Lista över nätverk*.

Resursgruppen

Formering av resursgruppen

Den färdiga listan över nätverk ligger till grund för en diskussion om vilka personer som ska ingå i resursgruppen. Det är brukaren som bestämmer vilka som ska ingå. Viktigt är att betona att om en viktig person inte ingår i resursgruppen, som till exempel en närstående som hjälper till mycket i vardagen, måste en särskild ordning finnas för att den personen ska kunna hjälpa till med att patienten når sina mål. Detta kan arrangeras så att case manager och brukare träffar denna person separat, men det är alltid bäst om alla som är viktiga kan vara med i resursgruppen.

När resursgruppen är formerad så ska de personer som ingår intervjuas individuellt av case manager för att ge underlag för hur de bäst kan hjälpa till i resursgruppen. Här kan man ha stöd av arbetsbladet *Individuell intervju med närstående*.

Förberedelser för resursgruppsmötet

Inför det första resursgruppsmötet är det viktigt att arbeta med att formulera mål. Det är också viktigt att förbereda brukaren på hur själva mötet går till. Gå igenom vilka regler som gäller för mötet, hur lång tid det ska ta och var man ska vara någonstans.

Resursgruppsmötet och förberedelserna inför mötet är en möjlighet att träna sociala färdigheter och ger en chans att träna kommunikation och problemlösning. En noggrann planering krävs också för att brukaren ska känna att mötet är till för att hjälpa hen att nå sina egna mål. Många brukare har varit med om vårdplaneringsmöten och andra möten där många personer sitter och ”pratar över huvudet” på den som det verkligen gäller. Ett resursgruppsmöte måste ha en så tydlig struktur att brukaren känner sig trygg i situationen. Brukaren är den som styr vad som ska hända under mötet. Ett mål för case managern bör vara att brukaren är ordförande på mötet. Detta kan ta lång tid, men att börja med att fråga brukaren om det är okey att case managern eller läkaren kan vara ordförande och efterhöra vad brukaren vill föra fram på mötet är en god start.

Personliga mål eller Min riktning

Kartläggning av personliga mål

Begreppet personliga mål kan ersättas av begreppet Min riktning, detta begrepp används i andra sammanhang som till exempel i KBT och kan därför upplevas mer konsekvent för brukaren. För att uppnå målen mot återhämtning från svår psykisk sjukdom behövs en fördjupad kunskap kring exakt vad som bör förändras i livet. De flesta av oss vill att våra liv ska vara mer njutbara. Exakt vad som är viktigast att förändra är det däremot inte så vanligt att man har en klar bild av, och de flesta tar heller inga aktiva beslut kring hur förändringen ska gå till. Även de personer som är ganska säkra på vad de vill uppnå, tar sällan hjälp av andra människor för att åstadkomma en förändring. Förmågan att besluta sig för vad man skulle vilja göra med sitt liv och att ta hjälp från andra människor för att sätta personliga mål är något som denna modul försöker hjälpa till med.

Ett personligt långsiktigt mål måste väljas först. Detta kan naturligtvis se väldigt olika ut för olika personer. Som case manager är det viktigt att inte kritisera målet även om det inte stämmer överens med de egna tankarna om vad som är ett mål i livet. Det måste vara brukarens eget mål, inte ett mål som någon annan person har. Naturligtvis är målet för en behandlingsinsats att förbättra den psykiska hälsan hos brukaren, men inte alltid är det brukarens egen upplevelse att det förhåller sig så. För att kunna nå målet med förbättrad hälsa måste resursgruppen ibland inrikta arbetet på att hitta en gemensam syn på vad det är att ha en god hälsa. Vanligen brukar arbetet mot brukarens egna mål innefatta komponenter som har med den psykiska sjukdomen att göra, då det ofta är sjukdomen som är den begränsande faktorn.

När det personliga långsiktiga målet är valt går man vidare i målformulering med att välja ett eller två mål som skall kunna uppnås under de närmaste månaderna. Att uppnå ett kortsiktigt mål är viktigt inte bara för att måluppfyllelsen i sig bidrar till något positivt, utan även för att öka självkänslan och inge förtroende för att man kan lyckas.

Råd till brukaren om hur man sätter personliga mål finns i faktarutan nedan.

Råd om hur man sätter personliga mål

Välj mål som inte kommer att vara alltför svåra att uppnå

Mål som inte fordrar massvis med pengar, inte tar mer tid än resursgruppen kan disponera, eller kräver speciella förmågor. Mål som inte kräver att man delar upp det i ett stort antal svåra steg, eller som behöver resurser som kan vara svåra att finna för närvarande.

Välj mål som kommer att göra vardagslivet mer njutbart

Det kan handla om ganska små saker som t ex att kunna kontakta en god vän, eller att tillbringa lite mer tid med att göra något som man redan gör. Det kan vara att prova på en ny hobby eller ett nytt intresse. Det viktiga är hitta sådant som kommer att ge glädje, inte saker som andra människor tycker att man borde göra.

Undvik att välja mål som är kopplade till speciella händelser

Saker och ting som inträffar bara vid ett enda eller enstaka tillfällen skapar oftast inte bestående förändringar i livet. Det kan vara till exempel en semester, en speciell konsert eller ett underhållningsevenemang.

Komplicerade eller svåra mål måste brytas ned i många små steg

Varje mål bör ta några månader att uppnå. Målet att få ett arbete är ett sådant svårt mål och kan brytas ned till:

1. beslut om vilken typ av jobb som är aktuellt
2. utbildning eller träning i färdigheter som behövs
3. att finna lediga sådana jobb i närområdet
4. gå på anställningsintervjuer och acceptera en lämplig anställning
5. påbörja jobbet och bli kvar i detsamma.

Formulera mål

En viktig del av målformuleringen är att vara tydlig när man beskriver målet. Detta inbegriper även att säga exakt vad det kommer att innebära när målet har nåtts. Istället för att till exempel formulera målet ”att få en vän” är det tydligare att formulera målet ”att bli vän med en person av samma kön, som gillar sport och jazz, en vän som jag kan gå på fotbollsmatch eller jazzklubb med en gång i veckan”. Ju klarare formulerat ett mål är, desto lättare är det för andra att hjälpa till att uppnå dem. Det blir också klarare för var och en när man kan säga att målet har uppnåtts.

Att formulera mål kan ta åtskilliga veckor att göra färdigt. När målen är klara förs de in i arbetsbladet *Plan för personlig utveckling*.

Resursgruppsmöte

Formerna för resursgruppsmötet

Ett resursgruppsmöte måste planeras noggrant, både avseende form för mötet och innehåll i mötet. Tillsammans med brukaren går case manager igenom hur mötet ska gestalta sig med fokus på vilka roller de olika aktörerna har. Använd gärna rollspel för att exemplifiera hur ett möte kan gå till och diskutera kommunikation och socialt samspel.

Resursgruppsmötet bör inte ta mer än en timma. Mötet bör äga rum i en miljö som är känd för brukaren och ha bestämda ordningsregler. Exempel på ordningsregler är att ha mobiltelefoner avstängda, att inte ge uttryck för missämja eller vara otrevlig i tonen, att inte använda ironi eller vara cynisk i sin humor. Brukaren bör ges möjlighet att stiga ut ur mötet en stund om det behövs. Innan mötet ska en personlig utvecklingsplan finnas förberedd.

Plan för fortsatt arbete fastställs

Under resursgruppsmötet diskuteras vilka mål brukaren har valt och hur delmålen ska kunna uppnås. När resursgruppen träffas för ett uppföljande möte inleds mötet med en genomgång av vilka mål som uppnåtts sedan sist och eventuellt en justering av formuleringar. Alla deltagare erbjuds att hjälpa till med någon del och planen fastställs med så hög exakthet som möjligt. Ett exempel kan vara att målet ”gå en promenad varje dag” åtföljs av en handlingsplan med exakta tider angivna och namn på de personer som ska hjälpa till. Ett exempel på detta kan vara ”Måndag: boendestöd Eva kommer klockan elva och vi tar en tjugo minuters promenad till affären där vi handlar dagens lunchmat. Tillbaka tar vi spårvagnen.”

Viktigt är att ange vad som krävs för att målet ska vara uppnått. I exemplet ovan kan en utvärdering vara att brukaren skriver ner i en anteckningsbok hur många promenader det har blivit i veckan och målet är att minst tjugo minuters promenad ska ha genomförts tre gånger i veckan under den första månaden, fem gånger under den andra månaden och månaden innan nästa resursgrupp ska en promenad ha genomförts alla sju dagar.

Resursgruppsmötet avslutas med en genomgång av vad som blivit bestämt på mötet. Alla deltagare på mötet får en kopia av den nya planen om brukaren godkänner det. En tid för nästa möte fastställs.

Antal resursgruppsmöten per år varierar från verksamhet till verksamhet. På några ställen i Sverige håller man 10 till 20 resursgruppsmöten per år, på andra ställen blir det 3-4 stycken. Att det varierar beror på hur man definierar resursgruppsmöten och vilka personer som måste vara med för att mötena ska kallas resursgrupp.

Specifika strategier

Problemlösning

Problemanalys

Problemanalys görs för att se på problem på ett mer djupgående sätt. Analysen gör att en bild av olika problem framträder tydligt. För bästa effekt gör man problemanalysen tillsammans i resursgruppen, men den kan även göras individuellt med brukaren.

Problemlista

Börja med att göra en problemlista. På den skrivs alla problem och svårigheter i den ordning man kommer på dem. Det räcker med att en person i resursgruppen anser att problemet finns för att det ska skrivas ned. Skriv inte bara upp brukarens svårigheter, utan alla problem som finns i resursgruppen som motverkar att brukaren har en god livskvalitet. Alla i gruppen behöver inte ha samma åsikt, men det är viktigt att man lyssnar på den som lägger fram ett problem. När listan är klar väljs ett problem ut som man ska börja arbeta med. Ofta kan det vara bra att börja arbeta med ett problem som inte är så svårt och som det finns stora chanser att man lyckas lösa.

Ett annat sätt att få information om vilka bekymmer som finns i brukarens vardag är att använda en livskvalitetsskattning, förslagsvis QLS 100.

Lista över resurser

När listan över problem är klar gör man en lista över resurser. Vad kan olika medlemmar i resursgruppen bidra med? Det kan vara kunskaper om olika saker som till exempel behandling eller en vilja att ställa upp eller en möjligheter att avsätta tid.

Analysen

I analysen av problem och resurser kan följande frågor vara till hjälp:

- Vad exakt är problemet?
- Hur ofta inträffar problemet?
- Hur länge varar det?
- Hur störande är det?
- Vad är bakgrunden till problemet?
- Vilka händelser föregår problemet?
- Vad händer just efter det att problemet uppträder?

- Vad tycks minska problemet?
- Vad tycks förvärra problemet?
- Vilka fördelar får du av att lösa problemet?
- Vilka nackdelar finns med att lösa problemet?
- Vilka är de nuvarande sätten att tackla problemet?
- Vem skulle kunna hjälpa till att arbeta med problemet?

I det sista steget i problemanalysen skriver man upp namnen på de personer som skulle kunna bidra till att lösa problemet. Det kan vara familj, vänner eller yrkesfolk. Om det problem som man arbetar med är mycket svårt och har uppstått nyligen måste kanske åtgärder vidtas omedelbart för att lösa det. Om det har funnits en längre tid och inte är alltför störande är det vanligen bäst att göra klart alla olika kartläggningar innan man går vidare.

Kommunikationsträning

Många brukare har problem med att tolka det vardagliga samspelet mellan människor. Det kan i vissa fall bero på hög stress, men i andra fall handlar det om ett mer tydligt funktionshinder. Man brukar räkna sådana svårigheter som en del av de kognitiva funktionshinder som många personer med till exempel psykossjukdom lider av.

Hur man kommunicerar i en grupp spelar stor roll för om en individ som finns i gruppen ska känna sig inkluderad eller exkluderad, kommunikationen spelar stor roll för hur vi mår i olika sammanhang. Det kan röra sig om familjen men också om arbetsplatser, i kamratkretsar eller på ett boende.

Det går bra att träna kommunikation genom att lära sig en del om teorier kring hur människor kommunicerar men det mest effektiva sättet att träna är genom att rollspela. Det finns flera olika metoder för att träna kommunikation och de beskrivs närmare i andra moduler och i läroböcker.

Familjeintervention

Ett mycket effektivt sätt att minska stressen är att påverka de människor som finns runt en individ. När det handlar om metoder att behandla psykisk ohälsa har sådana insatser visat sig vara effektiva för att till exempel minska symtom på psykos, minska behovet av läkemedel mot psykos och minska återfall i sådana sjukdomssymtom som leder till inläggning på sjukhus.

De insatser som görs i familjen handlar till exempel om kommunikation och hur man talar till varandra. Insatserna kan också bestå av att lära sig att ha rimliga förväntningar på andra familjemedlemmar och att lära sig om de symtom eller den sjukdom som brukaren har. Familjeinterventioner beskrivs närmare i andra moduler och i läroböcker.

Stresshantering

Vid en eventuell kris kan det vara till nytta att reducera stress genom att ta ledigt från arbetet och undvika speciella stressutlösande saker och ting. Ofta är det så att mycket som är stressande också är roligt. Innan moderna behandlingsmetoder etablerades var det vanligt att behandla svåra och komplexa hälsoproblem med vila och avslappning, antingen hemma eller på sjukhus. Att reducera stress är fortfarande basen i krisbehandling.

Råd vid stress:

- Var noga med sömn och med att äta regelbundet.
- Undvik alkohol och droger.
- Sätt klara, realistiska personliga mål.
- Lär dig en metod att lösa problem på ett effektivt sätt.
- Tala om mål och problem med vänner.
- Ta emot stöd och uppmuntran från vänner.
- Slappna av med hobbys och saker som du brukar tycka om att göra.
- Koppla av utan att göra något särskilt.

Det är svårt för alla människor att tala om kriser och stress. Det är svårt att be om hjälp med det som uppfattas som personliga problem. Att ta hjälp av familj och vänner är en viktig del av att hantera kriser och det lönar sig att öva på att bli bättre på att tala om symtom, problem och stress. Detta fordrar extra träning och extra övning. Mer om stresshantering finns i andra moduler och läroböcker.

Uppföljning

Resursgruppen bestämmer hur uppföljningen till nästa resursgruppsmöte ska se ut. Kanske bestämmer man att följa upp genom enkla scheman som till exempel att brukaren själv räknar hur många promenader det har blivit i veckan. Viktigast här är att utvärderingen relaterar till målet och att resursgruppen med uppföljningen framför sig kan besluta om målet är uppnått eller om andra resurser behöver sättas in för att nå målet. Till hjälp kan case managern använda skattningsskalor, förslagsvis samma skalor som används i kvalitetsstjärnan som görs som årlig utvärdering.

Arbetsblad

Individuell intervju med brukare (*arbetsblad 3*)
Individuell intervju med närstående (*arbetsblad 7*)
Nätverkskarta (*arbetsblad 5*)
Lista över nätverk (*arbetsblad 6*)
En vanlig dag (*arbetsblad 4*)
QLS 100 (*arbetsblad 10*)
Skattning av närståendintervju (*arbetsblad 11*)
Min delaktighet (*arbetsblad 13*)
Checklista utredningsfas (*arbetsblad 14*)
Problemanalys (*arbetsblad 12*)

Modul 15: Motiverande samtal

Här beskrivs ett förhållningssätt som är grundat i psykologiska teorier för hur ett samtal kan gå till. Att vara ambivalent till förändring är ett allmänmänskligt beteende och inte något som bara utmärker personer med psykisk sjukdom. Att kunna hantera dessa uttryck för ambivalens och obenägenhet till förändring är en viktig kunskap när man arbetar med förändringsmål.

Det finns flera tillfällen då brukaren har svårt att komma fram till eller bestämma sig för vilka personliga mål som hen ska ställa upp för det kommande rehabiliteringsarbetet. Det kan hänga samman med att man har mål som står i motsatsställning till varandra eller att de mål som man skulle vilja uppnå kan föra med sig konsekvenser som kan upplevas som negativa. Att vara motiverad till en förändring betyder att man vill/kan och är redo för att genomföra denna. Om så inte är fallet kan det vara av stor betydelse att brukaren tillsammans med den personliga utföraren försöker klargöra brukarens tveksamhet och motiven till denna. Motivation till förändring uppstår som ett samspel mellan brukare och case manager/vård och stöd-samordnare (CM/VoS). Tror hen på en förändring har brukaren också lättare att tro på och genomföra en sådan. Motiverande samtal är en form av intervju, ett sätt att se tillsammans på problemen.

Ett sätt att höja den inre motivationen till förändring är genom att utforska och lösa den ambivalens som ofta ligger bakom en tvekan i att genomföra en till synes önskvärd förändring. Man skall alltså försöka skapa en inre motivation till förändring istället för en yttre påverkan.

Undvik att argumentera

Att som CM/VoS komma med förslag och argumentera för en förändring stöter ofta på motstånd. Att man som utförare argumenterar för en viss sak gör att brukaren inte ges möjligheter att utveckla sin syn på saken och tar bort den drivkraft för förändring som behövs. Om utföraren argumenterar för en förändring så försvarar sig brukaren aktivt mot detta och befäster det beteende som egentligen borde vara möjligt att förändra.

Ambivalens

Ambivalens innebär att man har motstridiga känslor inför att genomföra en förändring. Det uppstår en ”inre konflikt” mellan att genomföra förändringen och att undvika den. Det motiverande samtalet mellan brukare och CM/VoS har som syfte att försöka förstå och tillsammans söka lösa denna ambivalens.

Utveckla diskrepans

Ett sätt att komma igenom brukarens ambivalens inför en förändring kan vara att tillsammans försöka skapa en diskrepans mellan nuvarande beteende och det mål för förändring som brukaren har ställt upp. Det viktiga här är att brukaren själv kommer med argumenten för förändringen. Det innebär att brukaren själv måste kunna uppleva en skillnad mellan nuvarande beteende och viktiga personliga mål och värderingar. Tillsammans med den personliga utföraren kan brukaren klargöra dessa personliga mål och förhoppningar och klargöra om det nuvarande förhållningssättet/beteendet står i samklang med dem.

Att rulla med motståndet

Detta innebär att man aktivt involverar brukaren i att lösa problemen. Om brukaren visar motstånd är detta en signal till utföraren att byta strategi. Motståndet är ju ett interpersonellt fenomen. Hur CM/VoS svarar brukaren på dennes tveksamheter inför förändring kan leda fram till att motståndet ökar eller minskar. Att rulla med motståndet betyder att inte argumentera för en förändring. Istället ska man inbjuda till nya perspektiv på situationen. Brukaren är den som ska hitta svaren och lösningen på problemet.

Motståndet kan ses som en signal till CM/VoS att man måste agera på ett annat sätt än man gjort hittills. Motstånd är på detta sätt något positivt. Det är en energi som bör kanaliseras på ett konstruktivt sätt. CM/VoS bör förstå och vara behjälplig i att tydliggöra brukarens ambivalenta känslor och motstånd och det förnuftiga i att motsätta sig en förändring. Motståndet kan vara en sund kritisk skepticism eller rädsla för förändring och en tvekan till om en förändring egentligen kommer att leda till något bättre. Det innebär att man måste hitta en annan strategi för förändring.

Ge stöd och öka själv effektiviteten

Det är viktigt att öka brukarens tilltro till sin egen förmåga att förändra sin situation, att öka dennes kunskaper om hur en förändring kan genomföras. Det finns alltså en kompetens hos brukaren som CM/VoS måste lyssna till, och locka fram tilltron till brukarens egen förmåga att genomföra en förändring.

Praktiska strategier och färdigheter

Det reflektiva lyssnandet

Som CM/VoS bör man lyssna på ett *reflektivt* sätt. Detta innebär att man ger sina reflektioner på det som brukaren berättar utan att ta ställning till vad brukaren ska eller inte ska göra.

Det gäller att ha en neutral position så att man tillsammans med brukaren kan undersöka och diskutera de olika möjliga alternativ som finns utan att i förväg bestämma sig för vad som verkar vara rätt eller fel i vad brukaren ska göra åt sin situation. Andra viktiga hjälpmedel i arbetet är:

- Att bekräfta vad brukaren säger och förstå dennes sätt att tänka om sina problem.
- Att ställa öppna frågor och inte försöka leda in brukaren på ett visst sätt att tänka.
- Att regelbundet sammanfatta det som har diskuterats.

Modul 16: Psykiska funktionshinder

Vad kan tyda på psykiska funktionsnedsättningar?

Många gånger finns det ingen neuropsykologisk utredning gjord för en brukare, men diagnosen kan ge en viss ledning. Det ingår till exempel i schizofrenidiagnosen att personen ska ha betydande svårigheter i viktiga livsområden som arbete, studier, sociala kontakter och/eller personlig hygien. En noggrann observation och en ordentlig genomgång av livshistorien kan också vara en god hjälp. Genom en sådan genomgång kan ledtrådar fås till att rätt bedöma en persons svårigheter och att rätt designa ett fungerande stöd.

Beteenden i vardagen som kan tyda på kognitiva funktionsnedsättningar:

- Misslyckas personen med enkla uppgifter som rimligtvis inte borde vara problematiska?
- Finns det en skillnad i hur en person kan uttrycka sig om en viss sak och hur han/hon faktiskt har klarat av att utföra den?
- Isolerar personen sig från socialt umgänge?
- Har personen svårt att komma igång/ta initiativ?
- Har personen svårt att klara av att sköta sitt hem?
- Motsvarar personens nuvarande sysselsättning tidigare förutsättningar?
- Har personen svårt att klara sin personliga hygien?
- Begår personen impulshandlingar som orsakar svårigheter?
- Har personen svårigheter att sköta sin ekonomi?
- Tappar personen lätt tråden i aktiviteter eller samtal och har svårt att hitta tillbaka?
- Gör personen sina aktiviteter extremt långsamt och/eller samtalar mycket långsamt och med stor latens?
- Skiftar personen i sin uppmärksamhet?
- Har personen svårt att skifta uppmärksamhet till nya saker?
- Har personen misslyckats gång på gång med en viss uppgift utan att tyckas lära sig av sina erfarenheter?
- Verkar personen ha svårt att sätta sig in i andras känslor och uppfattningar?
- Har personen svårt att kommunicera med andra?
- Har personen ett avvikande kroppsspråk?
- Undviker personen ögonkontakt?
- Fungerar personen påtagligt sämre vid stress eller tidsnöd?

Vilka är de psykiska funktioner som påverkas och hur yttrar det sig?

Exekutiva funktioner: Förmågan att organisera och planera sitt handlande. Ta initiativ och sätta igång spontant.

Uppmärksamhet: Kunna fokusera på det man ska göra och inte låta sig bli distraherad. Kunna stänga ute det som stör och kunna fortsätta med det som är viktigt.

Social kognition: Konsten att förstå andra människors kroppsspråk och ansiktsuttryck. Förstå vad som sker i sociala sammanhang.

Abstrakt tänkande: Förstå abstrakt tänkande och inte tolka allt bokstavligt och konkret. Förstå ordspråk och liknelser. Kunna sätta sig in i situationer och platser som man aldrig upplevt.

Minne: Kunna plocka fram rätt saker ur minnet och att kunna använda det man kan i en ny situation.

Theory of mind: Kunna se saker och situationer ur någon annans perspektiv.

Stresstålighet: Kunna göra det man föresatt sig även om man utsätts för stress. Inte börja må dåligt av ”vardagsstress”.

Metakognition: Kunna reflektera över sina tankeprocesser och hur man själv löser problem.

Förhållningssätt

- Ha alltid en och samma struktur när du ger information. Börja med att tala om vad du ska säga – ge en ”rubrik”. Säg det så klart och konkret som det går. Upprepa rubriken. Skriv ned de viktigaste punkterna på ett papper och ge till personen.
- Förbered viktiga möten noga. Fråga personen vad hon/han tycker är viktigt att få ut av mötet. Rollspela gärna så att personen känner sig bekant med situationen. En resursgrupp har störst chanser att lyckas om den är väl förberedd av CM/VoS och patient/klient tillsammans.
- Försök att göra abstrakta saker så konkreta som möjligt. Tänk på att vissa saker kan vara speciellt svåra, till exempel tidens gång och klockan samt ekonomi och ekonomihantering.
- Kognitiva svårigheter ökar vid stress. Försök att skapa en så avstressad miljö som möjligt. Lär ut olika metoder för avslappning och stresshantering.

- Tänk på att människor i stressade situationer kan behöva mer personligt utrymme än vanligt. Ett ofta citerat råd lyder: ”Om personen tar ett steg bort från dig, ska du ta två steg bort.”
- Skapa en tydlig struktur i vardagen. Använd gärna schema och påminnelsehjälpmedel.
- Tänk på att akuta sömnstörningar ibland är ett tidigt varningstecken på återfall. Normalisera sömnen om det går.
- För att stötta en brukare att tillsammans förändra ett beteende, tänk på att det behövs minst tre steg:
 - försöka ge upplysning och råd hur personen ska göra,
 - träna det nya beteendet genom rollspel,
 - träna det nya beteendet i exakt den situation där det ska användas

Bedömning av funktionsnedsättningar

En mycket bra start på en bedömning är att ställa sig själv frågan: ”Tror jag att personens beteende beror på att han/hon vill bete sig på detta sätt, eller beror det på hen inte kan göra på något annat sätt?” Ofta börjar ett resonemang med att man förutsätter att personen gör saker fullständigt viljemässigt och kontrollerat. När man sedan tänker i funktionshindertermer landar man ofta i att personens svårigheter är något som hen inte kan bemästra.

Sjukdomshistoria

Historien hur problemen började ger mycket information. Kom problemen smygande över lång tid eller kom de snabbt? Ett förlopp där problemen kom långsamt tyder på större kognitiva problem.

Neuropsykologisk utredning

En fullständig utredning tar 15-20 timmar och omfattar ett flertal neuropsykologiska tester och en lång intervju. Det finns snabbare screeningmetoder om man vill ha en översiktlig bild av personens funktioner.

Arbetsrapibedömningar

Arbetsrapibedömningen studerar personen i olika aktiviteter på ett systematiskt sätt och sammanfattar aktivitetsbrister och -resurser. De vanligaste systemen är AMPS och ESI.

Behovsskattningar

Tar upp personens svårigheter i verkliga livet - situationer och hur han/hon klarar det och vilken hjälp personen behöver. En bedömning görs också av närståendes och CM:s uppfattningar om problemen. Viktigt är att också personen får ange hur nöjd han/hon är med den hjälp som ges.

Modul 17: Mål och personlig utvecklingsplan

En hörnsten i RACT är att brukarens personliga mål ska vara vägledande i resursgruppens arbete. För att tydliggöra detta för alla görs en personlig utvecklingsplan upp, där målen skrivs ner och en plan för att uppnå dessa formuleras.

Förmågan att formulera vad vi skulle vilja göra med våra liv så att vi kan inrikta våra ansträngningar på detta och få hjälp från andra människor är vad vi kallar att sätta personliga mål.

Personliga mål

De personliga målen kan man i stort sätt dela upp i tre områden: riktning, långsiktiga mål och mål för den närmaste framtiden.

Riktning

Med riktning menar vi förhoppningar, drömmar och önskningar om hur vår framtid ska kunna se ut. De mål som kanske för en utomstående person verkar omöjliga och orealistiska att kunna uppnå men för den enskilda personen fyller en viktig drivkraft i ens strävan att skapa sig en meningsfull tillvaro. Det är viktigt att brukaren ges möjlighet att formulera dessa riktningar och att CM/VoS inte ifrågasätter målen eller förklarar att de är orealistiska och inte går att uppnå.

Långsiktiga mål

Den andra typen av mål är så kallade långsiktiga mål, mål som avser hur ens situation skulle kunna se ut inom något eller några år framöver. Här kan CM/VoS vara behjälplig i att försöka förtydliga och tillsammans med brukaren formulera dessa långsiktiga mål.

Kortsiktiga mål

Detta är mål som ska gälla för den närmaste tiden och som sätts upp i strävan efter att nå de långsiktiga målen. Det är viktigt att dessa kortsiktiga mål (mål för de närmaste månaderna) är så klart och tydligt definierade som möjligt. Välj kortsiktiga mål som inte kommer att vara alltför svåra att uppnå.

Att tänka på inför att sätta mål:

- *Välj mål som inte är alltför svåra att uppnå.* Lämpliga mål att välja är sådana som inte fordrar mer pengar eller mer tid än vad som finns, eller som kräver speciella förmågor.
- *Välj mål som gör vardagslivet mer njutbart.* Det kan handla om ganska små saker som att kunna kontakta en god vän eller att tillbringa lite mer tid med att göra något som redan är roligt.
- *Undvik att välja mål som är kopplade till speciella händelser.* Saker och ting som inträffar bara vid enstaka eller ett enda tillfälle tenderar att inte skapa bestående förändringar i livet. Exempel på sådana enstaka tillfällen kan vara en speciell semester, att gå till en speciell konsert eller underhållningsevenemang.
- *Komplicerade eller svåra mål måste brytas ned i mindre steg.* Varje mål bör endast ta några månader att uppnå.
- *Ju klarare målen är desto lättare är det för andra att hjälpa till med att uppnå dem.* Det blir också klarare för var och en när målet är uppnått.

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP finns både i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Där står att när någon behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en SIP. Alla som behöver båda dessa tjänster och dessutom anses behöva en plan för detta, kan få en SIP.

I en SIP ska följande alltid ingå:

- Vilka insatser som behövs.
- Vilka insatser som kommunen eller landstinget ska svara för.
- Vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen.
- Vem av kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för brukarens SIP.

En personlig utvecklingsplan ersätter SIP om samtliga dessa saker ingår i den personliga utvecklingsplanen.

Arbetsblad:

Personlig utvecklingsplan (*arbetsblad nr. 15*)

Min riktning (*arbetsblad nr 16*)

Modul 18: Resursgrupp

Resursgruppen är brukarens arbetsgrupp. All planering bör om möjligt ske i resursgruppen, där deltagarna utses av brukaren själv, vid behov i samråd med CM/VoS. Till hjälp för att nominera deltagare har brukaren arbetsbladen som ingår i utredning/kartläggning, främst nätverkskartan. I resursgruppen ska helst alltid brukaren, CM/VoS samt läkaren ingå. Även brukarens närstående, familj och nära vänner, ska helst också alltid ingå. Från vårdens sida ska vi alltid slå fast att ”här i vårt team arbetar vi alltid med resursgrupper, där vi vill att närstående också ingår”. Men som sagt, brukaren bestämmer alltid i sista hand. Säger brukaren nej till att ha med till exempel make/maka, föräldrar eller vuxna barn, ska vi vänligt be att få återkomma, då vi vet att det är viktigt att de ingår på åtminstone något sätt. Kanske kan vi inledningsvis be att få träffa dem enskilt, utanför resursgruppen, för att senare förhoppningsvis kunna inkludera dem?

Resurspersonerna tillfrågas alltså av brukaren, eventuellt med stöd av CM/VoS. På så sätt kan personer i brukarens privata nätverk såväl som olika professioner komma med i teamet. Andra som kan vara med är Gode män, arbetsförmedlare, psykolog eller sjukgymnast. Ibland kan en resursperson ingå bara under en begränsad period.

När rekryteringen av medlemmar till resursgruppen är klar kan gruppen börja arbeta. Man tar fram en planering för arbetet och beslutar hur man ska följa upp hur det går för brukaren. De personliga mål som brukaren har satt upp är utgångspunkten.

Hur ofta och var träffas resursgruppen?

Resursgruppen träffas helst i brukarens eller eventuellt i närståendes hem, men även här bestämmer brukaren var det känns mest bekvämt. Detta är viktigt, då alla typer av träning och övning är lättare att genomföra utanför till exempel en psykiatrisk mottagning.

Resursgruppen möts i början ofta, kanske 2 - 4 gånger i månaden, för att efter några månader träffas mindre frekvent, kanske varannan till var tredje månad. Arbetet i resursgruppen utgår främst från brukarens personliga mål, såväl kort- som långsiktiga. Kortsiktiga mål ska kunna nås efter 2-3 månader, de långsiktiga målen kanske tar flera år att nå. Resursgruppen beslutar också tillsammans om alla insatser och uppföljningar för att nå dessa personliga mål. CM/VoS har tillsammans med brukaren det övergripande ansvaret för resursgruppsarbetet.

Resursgruppsmötenas uppläggning

Normalt ska inget resursgruppsmöte vara längre än en timme, men detta kan variera beroende på behoven. Om det gäller att lösa en stor kris kan man behöva ha ett längre möte. Om medlemmarna är bra på att lösa problem kan det vara kortare, vilket inte är ovanligt när resursgruppen har träffats en längre tid och man känner varandra och har en arbetsallians.

Vid det allra första resursgruppsmötet skriver man gemensamt brukarens personliga utvecklingsplan. I den finns dels långsiktiga mål och dels delmål för de närmaste tre månaderna. Man beslutar gemensamt vem som ska göra vad. På kommande möten fastställer man vad i planen som genomförts och vad som återstår att göra. På grundval av detta skriver man successivt om den personliga utvecklingsplanen.

CM/VoS kan fungera som sekreterare på resursgruppens möten och man väljer en ordförande. Allra helst ska detta vara brukaren själv, men orkar eller vill inte brukaren detta, väljs någon annan. Ordföranden ska se till att mötena börjar och slutar inom angivna tider. Hon eller han ska uppmana alla att hålla sig till ämnet och se till att alla får en chans att framföra sina synpunkter.

Varje resursgruppsmöte har följande dagordning:

1. Man går igenom vilka framsteg som brukaren har gjort i sin återhämtningsprocess och redovisar resultaten av de bedömningar som gjorts. Man lämnar rapporter om allt som uträttats sedan förra mötet och vilka mål som har uppnåtts. Man går också igenom vad som enligt planen finns kvar att göra. Man noterar om det finns några speciella svårigheter att nå de uppsatta målen eller om några nya problem dykt upp.
2. Man redovisar också eventuella andra möten som hållit sedan förra resursgruppsmötet. Brukaren kan ha träffat andra, ej ingående i resursgruppen, eller brukaren kan vilja berätta om något som framkommit när hen träffat CM/VoS enskilt.
3. Man redovisar och utvärderar den träning i stresshantering, problemlösning och kommunikation som pågått sedan förra resursgruppsmötet.
4. CM/VoS kan förmedla kunskap om något speciellt som resursgruppen har behov av att veta.
5. Man fattar gemensamma beslut om vilka mål man ska arbeta för att uppnå under den närmaste tiden. Man fördelar arbetsuppgifter och bestämmer hur man ska följa upp hur det går.
6. Den nya reviderade planen för personlig utveckling går igenom gemensamt. Man kontrollerar att alla har förstått vad de ska göra.

7. Man bestämmer tid för nästa resursgruppsmöte.
8. Efter mötet ser CM/VoS till att den nya planen för personlig utveckling blir renskriven. Denna signeras eller godkänns av brukaren och delas ut till samtliga i resursgruppen. Brukaren bestämmer också om några andra personer skall få planen.

Modul 19: Kommunikation och teknik i mötet

Att upprätthålla kommunikationen för att utveckla relationer och bygga upp allianser är grundläggande för allt arbete i RACT och måste genomsyra allt arbete från de första mötena. Upprepade samtal krävs för att kartlägga brukarens situation och för att hitta lämpliga mål att arbeta mot i den fortsatta processen. Det är viktigt att tidigt i kontakten fråga efter brukarens egen berättelse och om aktuella problem i livssituationen som man sedan tillsammans försöker lösa. Det finns många olika teoribildningar kring hur ett samtal ska föras för att leda till förändring hos brukaren. Att lära sig en del om grunderna till dessa teorier kan vara ett sätt att lära sig mer om samtalet som verktyg.

Det går inte att i en kort text förmedla mer än en del handfasta tekniker som ändå kan provas. Här presenteras några tekniker som hämtats från kognitiv beteendeterapeutisk teori. Erfarenhetsmässigt brukar dessa kunna användas och vara en utgångspunkt för ett fördjupat samtal.

Hur ska det gå till när man möts? Under de första mötena med brukaren är det viktigare att bygga upp allianser än att hitta det perfekta målet eller snabbt genomföra åtgärder. Ett möte inom RACT-programmet ska också präglas av dialog. Det får inte bli ett förhör enligt något formulär.

Mötet i praktiken

Mötet kan indelas i två aspekter, dels dess innehåll och dels dess form eller struktur. Ett möte börjar med en kort sammanfattning av vilka framsteg som har gjorts mot att uppnå personliga mål och att lösa våra problem.

Begreppet kognitivt förhållningssätt

Med kognitivt förhållningssätt tänker man sig bilden av två vetenskapsmän som samarbetar. Det skall uppfattas som att båda har samma värde och att den ene inte är förmer än den andre. I mötet mellan brukaren och case managern har brukaren kunskap om sig själv, sina erfarenheter, känslor och symtom. Case managern (CM) har kunskap om psykologiska strategier att hantera det som brukaren uppfattar som besvär och problem. I RACT är ett kognitivt förhållningssätt ett centralt inslag i samtalen mellan professionella utförare och brukare

Sokratiska frågetekniker

Vid ett kognitivt förhållningssätt används något som kallas Sokratiska frågor. Dessa frågor syftar till att utforska verkligheten, tankemönster och alternativa sätt att tänka. Begreppet syftar på filosofen Sokrates metod att undervisa sina lärjungar genom att ställa frågor till dem.

Exempel på sokratiska frågor:

- Hur menar du?
- Vad är det värsta som kan hända?
- Vad innebär det för dig?
- Hur gjorde du senast det var så här?
- Hur skulle du vilja att det var?
- Kan det finnas något annat sätt att se det?

En annan viktig del är att ”spegla”, det vill säga att upprepa vissa delar av samtalet och sammanfatta det som sägs med jämna mellanrum för att vara säker på att det är rätt uppfattat. På detta sätt får alltid brukaren möjlighet att förtydliga och klargöra för case managern.

Följande exempel i bedömningsfasen är ett samtal kring arbetsbladet ”En vanlig dag”:

- CM: Vad brukar du göra en vanlig dag?
- Brukaren: Jag ser på TV.
- CM: Gör du något annat en vanlig dag?
- Brukaren: Jag sover ganska mycket.
- CM: Ok, en vanlig dag ser du på TV och sover, gör du något mer? Äter du något?
- Brukaren: Jag sover ganska länge så det brukar bli middag framför TV:n. Ibland går jag en promenad också.
- CM: Har jag uppfattat dig rätt att du en vanlig dag sover, ser på TV, äter middag och går en promenad.
- Brukaren: Jag promenerar inte varje dag.
- CM: Finns det något som du skulle vilja göra mer av?
- Brukaren: Jag önskar att jag kom ut på promenad oftare.
- CM: Du vill promenera oftare. Finns det något annat som du önskar att du gjorde en vanlig dag? Kanske något som du längtar efter eller gjorde förr?
- Brukaren: Ibland när jag promenerar förbi fotbollsplanen så tänker jag att det skulle vara roligt att se en match någon gång. Det gjorde jag ibland för några år sedan.
- CM: Du vill titta på en fotbollsmatch. Vad hindrar dig att göra detta?
- Brukaren: Jag vet inte?
- CM: När du var på fotbollsmatch förr, gick du dit ensam då?
- Brukaren: Nej, min bror brukade vara med. Men han har inte tid nu för tiden.

- CM: Om du hade sällskap av din bror, skulle du gå på någon match då?
- Brukaren: Det tror jag men han har inte tid.
- CM: Har du frågat honom om han har lust att följa med på en match?
- ...

På detta sätt kan man få fram viktig information som kan användas i en kommande målformulering. Att ställa sokratiska (klargörande) frågor och upprepa vissa delar av det som sägs gör att brukaren kan förtydliga det som han/hon tänker och önskar.

Hemuppgift

En annan teknik inom kognitivt förhållningssätt är hemuppgifter. Den största delen av brukarens liv pågår mellan resursgruppsmöten och enskilda möten med case managern. En av de svåraste uppgifterna för en case manager är att föra in behandlingsstrategier och tekniker till brukarens vardag. Målsättningen med hemuppgifter är att träna på att generalisera (att använda samma beteende i nästan liknande situationer). Till exempel om brukaren tränat på att åka buss till affären så kan han/hon också åka buss till bion ytterligare två hållplatser bort. Hemuppgifter bör ges utifrån de resurser som han/hon har tillgång till. Det är också viktigt att ta reda på vad brukaren tycker om att göra. Kanske något han/hon är bra på, något brukaren redan gör eller önskar göra i större utsträckning?

Arbetsbladet ”En vanlig dag” kan vara ett stöd i planeringen för att tillsammans komma fram till en hemuppgift. Hemuppgiften måste vara realistisk utifrån brukarens förmåga och motivation. Det är inte realistiskt att ge hemuppgifter som personen inte har färdigheter till. Ge alltid en uppgift i taget och formulera den så konkret och tydlig som möjligt. Inom RACT är resurspersonernas uppgift att stötta brukaren att genomföra hemuppgifterna på vägen till sin personliga långsiktiga målsättning.

Exempel på hemuppgifter som kan göras utifrån arbetsblad:

Kontinuerlig skattning: Brukaren får i uppgift att registrera sina symtom, exempelvis sömnsvårigheter, ångest och rösthallucinationer. Man kan också registrera saker som upplevs positiva och kopplade till ett mål som till exempel att gå till en aktivitet, ta sociala kontakter eller lägga märke till om någon säger något uppmuntrande. Resursgruppspersoner kan vara stödjande i att påminna brukaren om denna registrering under exempelvis en vecka.

Problemlösning med 6-stegsmetoden är ytterligare ett exempel på en hemuppgift. Tänk på att detta moment behöver tränas flera gånger i resursgruppen innan det ges som hemuppgift. Detta är till bra hjälp för att omformulera en problemställning till en målsättning. Se vidare modul 29.

Rollspel utifrån moduler om olika slag av kommunikation (psykoedukation) i eArbetsboken. I modul 26 beskrivs steg för steg hur man kan träna på att till exempel be om hjälp eller uttrycka känslor. Även här skall man ha tränat i resursgruppen innan det är aktuellt med hemuppgifter i kommunikation.

Sammanfattning

Ett kognitivt förhållningssätt innebär att man använder sig av sokratiska frågor som är öppnande, reflekterande och utforskande. Vid varje träff/besök upprättar man tillsammans en agenda. Struktur och förutsägbarhet är viktiga moment relaterat till brukarens individuella stresskänslighet och sårbarhet. Observationer samt färdighets-
träning i att sänka känsloklimatet i kontakten mellan brukaren och dennes resursgrupp är av stor vikt.

Modul 20: Uppföljningar/ Kvartalsuppföljningar

Case managern ansvarar för kvartalsuppföljningar som redovisar hur det har gått för brukaren. Insamlade data kan samlas, analyseras och presenteras med stöd av kvalitetsstjärnan. Här visas utvecklingen över tid.

Utvärderingar varje kvartal kan göras med arbetsbladen:

- Egen-ConSat
- GAF Funktion
- GAF Symtom

Kvartalsbedömningarna bygger på skattningar av både brukaren, som själv fyller i brukartillfredställelseskalen (Egen-ConSat), och case managern som gör allmänbedömningar enligt GAF-skalorna. Utgående från hälsodiagrammen för de olika bedömningarna diskuterar man tillsammans det som framkommit, betydelsen av det och om man behöver ändra på något i planer och insatser. Kvartalsutvärderingarna är desamma som de som gjordes när brukaren började delta i RACT - men tar vanligen mycket mindre tid.

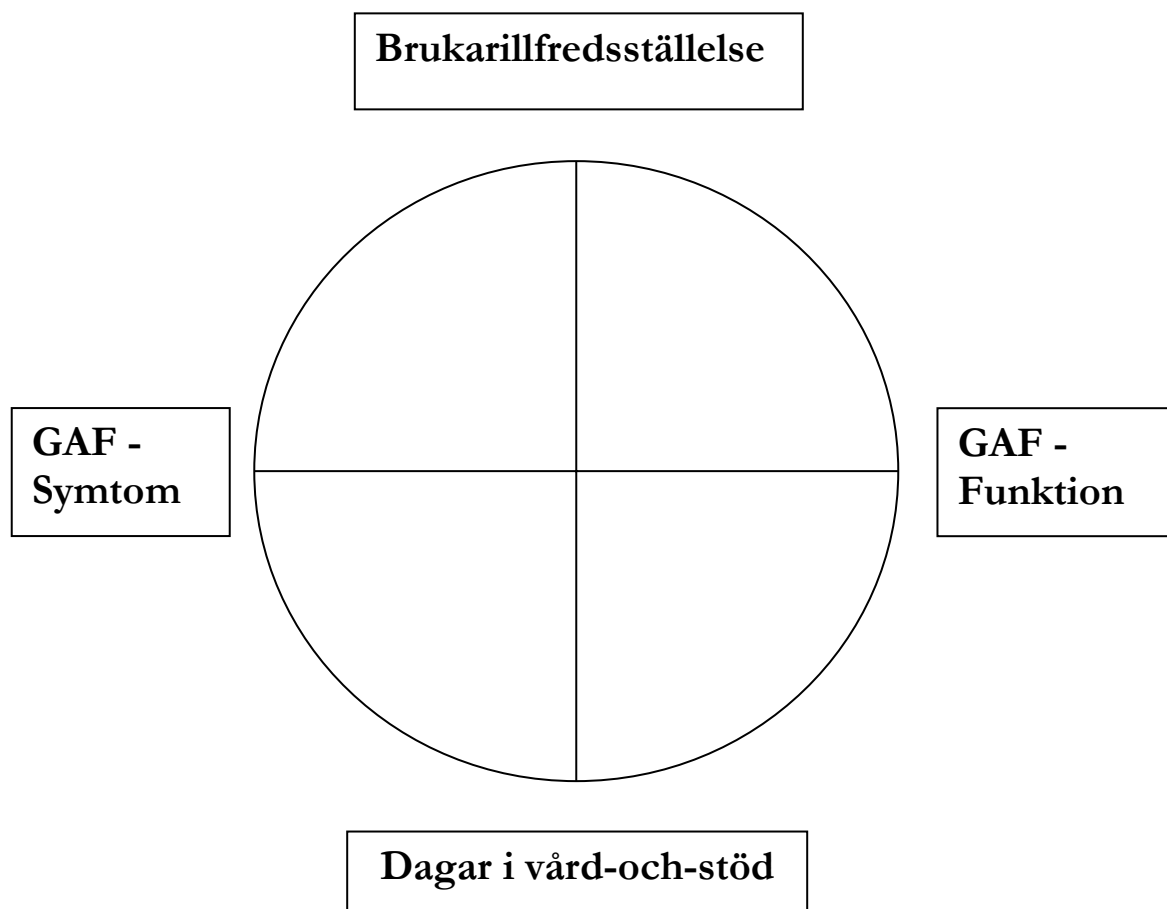
I skrivande stund, september 2016, är det flera verksamheter som börjar använda WHODAS, WHO Disability Assessment Schedule, ett bedömningsinstrument för att mäta hälsa och funktionsnedsättning inom vård och omsorg, istället för GAF. I denna e-arbetsbok har vi behållit GAF.

Genomgången av arbetsbladens sammanfattning och av kvalitetsstjärnan bör kompletteras med samtal rörande:

1. Personliga mål och måluppfyllelse.
2. Uppnådda delmål sedan programmet påbörjades.

Denna genomgång görs vanligtvis i samband med planeringen för nästa resursgrupp. Alla medlemmar i resursgruppen samlas kring resultatet av uppföljningen för en genomgång av hur det har gått och för att förstå var i återhämtningsprocessen brukaren befinner sig. Motsvarande genomförs i fördjupade former även i metodstödet – då med fokus på case managerns roll.

Kvartalsstjärnan kan användas som en förenklad kvalitetsstjärna och kan vara en modell för att presentera resultaten varje kvartal eller inför varje ny resursgrupp.



Arbetsblad:

Kontinuerlig skattning (*arbetsblad nr. 31*)

Kvalitetsstjärnan (*arbetsblad nr 32*)

GAF funktion (*arbetsblad nr 33*)

GAF symtom (*arbetsblad nr 35*)

Modul 21: Kvalitetssäkring i RACT

God kvalitet i det här sammanhanget innebär att behov som uttrycks av brukare med allvarlig psykisk störning för att få ett bättre liv blir tillfredsställda. Den omfattande arsenal av evidensbaserade åtgärder och strategier som finns för att uppnå målen återfinns i ett stort antal moduler i denna e-Arbetsbok. De erbjuder beskrivningar och utprovade hjälpmedel för kvalitetssäkring, att insatser sker på ett överenskommet och metodologiskt korrekt sätt. Likaledes finns hjälpmedel i form av instrument för att följa upp resultat i brukarspecifika och professionella perspektiv.

Exempel på en modell för kvartalsuppföljningar beskrivs i Modul 20. Den har utvecklats från "Kvalitetsstjärnan", som innehåller ytterligare några dimensioner och som har använts som ett instrument för dialog vid årlig genomgång med brukare. Dessa data har funnits i ett nationellt register, det är nu överfört till ett regelrätt nationellt kvalitetsregister. Se vidare på registrets hemsida. Kvalitetsstjärnan har numera ett huvudsyfte att följa upp praxis beträffande följsamheten till RACT-modellen.

Sammanfattningsvis erbjuder RACT verktyg för att kvalitetssäkra arbetet enligt modellen och dess resultat för den enskilda brukaren. Att dessa möjligheter används för den enskilde brukaren säkerställs genom tre ledstjärnor:

1. Arbetet i resursgruppen främjar god kvalitet.
2. Att följa e-Arbetsboken noggrant främjar god kvalitet.
3. Verksamhetsledningarnas aktiva intresse.

Några ord om innebörden i dessa tre ledstjärnor:

Arbetet i resursgruppen

Case manager, brukare och andra i resursgruppen hjälps åt att se till att det man kommer överens om i resursgruppen genomförs på bästa möjliga sätt. Som CM/VoS är det viktigt att uppmuntra medlemmarna i resursgruppen att med jämna mellanrum fråga hur det går och om delmål och mål uppnås. Lagarbete är kanske det allra viktigaste medlet för att se till att RACT tillämpas med god kvalitet.

Att följa e-Arbetsboken noggrant

RACT e-Arbetsbok är det verktyg som beskriver hur vi går till väga. Alla moduler innehåller åtgärder för att kontrollera att metoder utförs på rätt sätt och att de mål och delmål som resursgruppen satt upp nås. I e-Arbetsboken finns arbetsblad som hjälp att följa metoden.

Det finns en konsensusbedömning av internationell expertis som säger att en programtrohet till RACT där 75 % eller mer av programmets delar används har hög sannolikhet för att insatser skall leda till bättre liv för brukaren.

Verksamhetsledningarnas intresse

RACT gäller!

CM/VoS, läkare och andra professionella deltagare i en brukarens resursgrupp måste ha otvetydigt stöd från sina verksamheter. Verksamhetsplaner bör tydligt uttrycka att RACT är det arbetssätt som gäller för gruppen. Det är då ofrånkomligt att verksamheten sörjer för utbildning och vidmakthållande av kunskap och praxis enligt e-Arbetsboken.

Garantier för god praxis

En verksamhet som har beslutat sig för att använda RACT har tagit ställning för att brukaren alltid ska medverka i utformningen av vård och stöd. Det sker genom resursgruppens beslutsfattande där brukaren är delaktig.

Det är ett stort stöd för resursgruppen om verksamhetsledningarna har garanterat att brukaren ska ha de möjligheter att påverka som föreskrivs i RACT. Exempel på en sådan garanti finns i faktarutan nedan. Även uppföljning av programtrohet och att se till att det finns metodstöd är uppgifter för ledningen av en verksamhet som bedriver RACT.

Garantisedeln

Som patient vid Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset har du rätt till:

- En case manager som tillsammans med dig planerar och genomför behandlingen.
- En resursgrupp bestående av din case manager, läkare och dem du själv väljer (t ex dina närstående) som ska hjälpa dig att nå dina personliga utvecklingsmål. I resursgruppen fattas beslut och behandlingen och resultaten utvärderas.
- Dina närstående erbjuds stöd och information.
- Tillgång till modernaste utrednings-, behandlings-, och rehabiliteringsmetoder. Ett team med olika kompetenser finns på enheten. Öppenvården samarbetar nära med vårdavdelningarna i en vårdkedja. Vad som är bästa standard framgår av Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer.
- Resultaten av din behandling redovisas regelbundet till dig.
- Samverkan med andra organisationer för att du ska få ett allsidigt stöd om och när det behövs.

Vi kommer att göra allt för att uppfylla det vi lovat att göra. Om du har synpunkter på hur vi lyckats, eller har klagomål, är du mycket välkommen att tala med enhets- eller verksamhetschefen. Om dina synpunkter inte direkt berör vår verksamhet, lovar vi att vidarebefordra dem till rätt instans.

Välkommen med förslag om hur vi kan bli bättre!

Pia Rydell
Verksamhetschef

Kompetenscentrum för Schizofreni vid Psykiatri Psykos har en hemsida där du hittar mycket information om senaste rön och resultat, www.sahlgrenska.se/su/kcs

Modul 22: Audit och Bedömningar av programtrohet

För att nå framgång med Resursgrupps-ACT (RACT) måste vi troget följa programmet i alla delar. Lagarbetet i resursgruppen hjälper oss att göra det. Det är utföraren som ska lära oss andra i resursgruppen att tillämpa metoden på bästa sätt, därför är det av största vikt att genomföraren själv verkligen kan alla programmets delar fullt ut och tillämpar dem på rätt sätt.

Audits för utförare/kollegial granskning

Det har visat sig vara nödvändigt att man tar hjälp av en utomstående granskare för att bedöma hur väl utförare följer programmet RACT. Helst ska granskningen göras en gång om året. Syftet är att få implementeringen av metodprogrammet att fungera som den ska. Detta kallas för *kollegial granskning* eller *audit*. Den granskande experten brukar också träffa brukare, närstående och eventuellt andra medlemmar av resursgrupper.

Granskaren undersöker om utförarna har de nödvändiga kunskaperna och resurserna för att tillämpa programmet. Detta innebär att man kontrollerar om strukturens kvalitet är god, men framför allt undersöker granskaren om de olika delarna av RACT genomförs på ett bra sätt. Detta innebär en kontroll av processens kvalitet.

De programdelar som bedöms med användning av ”Klinisk Service Intervju” (KSI) av den utomstående granskaren är:

- Att probleminventering sker på rätt sätt.
- Att vård och stöd i hög utsträckning ges där brukaren befinner sig och med hög tillgänglighet.
- Att utföraren bidrar till att resursgruppen arbetar bra.
- Att kompetensen i stresshantering är hög.
- Att medicinering sker på bästa sätt.
- Att praktisk social träning genomförs.
- Att psykoterapi bedrivs på bästa sätt.
- Att krishantering sköts på bästa sätt.
- Att brukarens kroppsliga hälsa beaktas.

Så går granskningen till

Den externa granskaren får en tid i förväg skrivna rapporter från verksamheten. Det kan vara årsrapporter eller andra sammanställningar som verksamheten gör för att följa upp hur man arbetar. Några slumpvis valda brukare och andra medlemmar av resursgruppen erbjuds också att bli intervjuade av granskaren. Det är helt frivilligt att delta. Utförare får redovisa för granskaren hur de arbetar med de olika delarna i RACT.

Granskaren har genom rapporter, sammanställningar och intervjuer skaffat sig en uppfattning om vilka delar som genomförarna troligtvis kan bli bättre på. Det är framför allt dessa delar som granskaren undersöker.

Slutligen sammanställer den externa granskaren en rapport där verksamhetens sätt att tillämpa RACT betygssätts. Granskaren brukar presentera rapporten i sammandrag för verksamheten och för brukarråd eller motsvarande. Samtidigt ger granskaren råd om hur man kan förbättra arbetet. Förbättringsområden kan föranleda olika åtgärder från verksamhetsledningen. I sista ledet - vis a vis brukare och resursgrupp - är emellertid CM/utföraren den som aktivt och lyhört kan ta vara på de synpunkter som kommer fram vid den årliga granskningen av den utomstående experten.

Utförarens egenskattning av programtrohet med KSI-R

Forskning och beprövad erfarenhet har visat att när professionella utförare kontrollerar sig själva tillämpas metodprogram med större säkerhet. Det är därför positivt att det instrument som den externa granskaren har till förfogande för sin bedömning av programtrohet har kunnat utvecklas så att CM nu kan göra egenskattningar med hjälp av en reviderad version: KSI-R.

På varje område bedömer utföraren hur bra han/hon har arbetat genom att sätta poäng från -1 till + 4.

-1 betyder att man gjort något som snarast går emot vad programmet säger.

0 betyder att man inte har gjort något alls.

1 betyder att något har gjorts.

2 och 3 betyder att ytterligare delar av programmet har genomförts.

4 betyder att man fullt ut har genomfört det som RACT föreskriver.

Efter att ha fyllt i arbetsbladet självkritiskt tänker case managern igenom om något behöver förbättras och hur det ska gå till.

Case managern behöver ofta vidareutbildning eller handledning för att kunna genomföra programmet på ett bättre sätt. Case managern bör också ta upp skattningen av sitt eget arbete i resursgruppen så att de tillsammans kan hjälpa genomföraren att åstadkomma förbättringar.

KSI-R är, sedan man lärt sig att använda instrumentet, relativt enkelt att bruka och kan lämpa sig för att användas inför kvartalsvisa resursgruppsmöten.

Arbetsblad:

KSI-R (*arbetsblad nr 37*)

Modul 23: Metodstöd/Metodhandledning

Den övergripande uppgiften för handledaren är att hjälpa CM att se till så att resursgruppen fungerar bra. Var och en ska känna att de är trygga i lagarbetet, de ska kunna delta i det gemensamma beslutsfattandet och ta på sig olika arbetsuppgifter. Ett annat viktigt mål med handledningen är att åstadkomma det arbetssätt som brukar kallas *problemorienterat*. Det innebär att CM inte löser alla problem själv, utan att man gemensamt i resursgruppen diskuterar hur de kan lösas. Metodhandledaren ska också hjälpa utförare att se till att arbetet sker med en hög grad av programtrogenhet, det vill säga att allt görs på det sätt som metoden föreskriver. Tillsammans kontrollerar man om det finns behov av förbättringar inom något område.

En vanlig föreställning är att man tror att arbetsalliansen enbart byggs upp genom en god kontakt och allians med brukaren. Innan denna goda kontakt har etablerats kan man inte diskutera problem eller formulera gemensamma målsättningar, man vågar inte ställa de viktiga frågorna eftersom relationen till klienten kanske inte håller. Forskning och erfarenheter har visat att så inte är fallet. Om CM på ett taktfullt och inkännande sätt från början vågar diskutera med patienten om dennes problem, behov och mål så stärks samarbetet dem emellan. Jämför en coach i förhållande till den idrottsman som hen skall lotsa fram till seger.

Metodhandledning ska stötta CM att utveckla sin förmåga att stötta brukare och anhöriga att återta ett aktivt ansvar för sin situation genom att samordna och strukturera de insatser som ges. Handledaren hjälper också CM att uppfylla andra centrala uppgifter i RACT-arbetet såsom att vara tillgänglig, att arbeta i brukarens egen miljö, använda evidensbaserade arbetsmetoder samt att bevaka brukarens rättigheter. Förutom handledning behövs även en strukturerad arbetsledning för att CM ska kunna genomföra sin uppgift.

Det är en fördel om man kan kombinera metodstödet med ärendehandledning, alltså handledning på det kliniska arbetet med patient och närstående. Det är oftast först då som metoden faller på plats.

Vem kan vara metodhandledare?

En metodhandledare ska vara välutbildad i metoden RACT, gärna minst en 30 hp-utbildning eller motsvarande utbildning i metodhandledning RACT. Men viktigast är erfarenheten, alltså att metodhandledaren under flera år har arbetat aktivt med resursgruppsarbete. Har metodhandledaren dessutom undervisat i metoden, är detta ett stort plus. Vilken grundutbildning som metodhandledaren har spelar en mindre viktig roll.

Hur ofta träffas man i metodhandledning och hur många kan man vara?

I normalfallet säger man att en metodhandledningsgrupp helst ska bestå av tre till sju personer. Färre än tre är aldrig bra för dynamik och diskussion, fler än sju blir för många då det är svårt att hinna med fler.

Enskild metodhandledning ger mindre då växelspelen mellan samtliga deltagare är mycket viktigt, men det förekommer när en ny CM med mindre erfarenhet ska slussas in i en grupp. Gruppen träffas 2-3 timmar per månad, eller var fjärde vecka, helst samma veckodag och tid. Aldrig mer sällan, men ibland träffas man oftare. Metodhandledningen ska pågå i två till fyra år för att den ska kunna anses vara implementerad, enligt forskning.

Några olika typer av frågor i RACT metodhandledning:

- Att få patienten att själv välja och önska till exempel behandling eller deltagare i resursgruppen.
- Att trycka på Delat beslutsfattande.
- Att få med närstående i resursgruppen.
- Att sänka närståendes känslomässiga klimat.
- Att få alla att dra åt samma håll, på patientens villkor.
- Följer vi våra lokala rutiner och riktlinjer och nationella riktlinjer?

Struktur på metodhandledningen:

1. Gå en runda till samtliga. Något att ta upp?
2. Var slutade vi sist? Något som behöver följas upp?
3. Gör en dagordning.
4. Ta ett ärende i taget.
5. Träna!
6. Förvarna när det är några minuter kvar så att det blir en bra avslutning på sessionen.

Olika typer av frågor i metodhandledning

Processfrågor

- Vad tror du/ni det är som händer?
- Hur skulle du vilja agera i denna situation?

Konfrontationer

- Vänta lite nu, förra gången sa du att.... Nu säger du.... Ska vi titta lite närmare på detta?

Sokratiska frågor

- Vad innebär detta för dig?
- Vad menar du när du säger..?

Dessutom

- Träna genom rollspel.
- Ge hemuppgifter.

Övning och träning genom rollspel

Som en helt självklar del i metodhandledningen ingår övning och träning genom rollspel. Lärande genom rollspel är en central del i RACT och dess metodhandledning, eftersom resursgruppen ska använda sig av denna teknik i sitt gemensamma arbete.

Förhållandet mellan metodhandledaren och arbetsledning

Metodhandledaren gör upp med chefen om förutsättningarna för metodhandledningen. Avtalet med metodhandledaren skrivs eller görs av chefen. Saker som ska vara avtalade är tider, frekvens, arvode och övriga kostnader samt lokal för metodhandledning.

Diskussion av analysarbetet.

Under metodhandledningen kommer handledare och CM att kontinuerligt diskutera hur resursgruppsarbetet fortskrider. Vidare behöver man klargöra att problem och målformuleringar verkligen är brukarens egna (inte CM:s eller någon annans). Delmålsättningar bör vara tydliga och utvärderingsbara och de olika beskrivningar som görs av problem och mål skall vara utformade med brukarnas egna ord. Nästa steg i arbetet blir att brukarens CM stöder brukaren i att uppnå sina mål med hjälp av en grupp av resurspersoner. CM får stötta patienten att hålla på grundregeln att i RACT är det på resursgruppsmötet som man fattar alla övergripande beslut. Ibland kan CM tycka att det kan vara mycket komplicerat med samarbetet med olika blivande resursgruppsmedlemmar och därför anse att det är lättare att själv ta hand om olika arbetsuppgifter i stället för att samordna insatserna och samarbeta med de aktuella personerna.

Även om arbetssättet klart föreslår ett visst tillvägagångssätt, finns alltid en ”personlig stil” i tillämpandet av metodprogrammet RACT. Tillsammans med handledaren behöver den blivande CM ”finna sin personliga stil” i tillämpningen av arbetssättet. Det ovan nämnda kan också sägas gälla brukaren i dennes ställningstagande till vilka som bör delta i resursgruppens möte. Lika viktigt som det är att klargöra vilka som ska delta i resursgruppsmötet och varför man anser detta, är det att i metodhandledningen diskutera varför brukaren *inte* vill att vissa personer skall vara med eller närvara.

En betydelsefull uppgift för CM är att stödja resursgruppsmedlemmarna i sina uppgifter. Starka tendenser kan ofta finnas till att ”falla tillbaka till gamla arbetssätt” om brukarens återhämtningsprocess inte fortgår som avsetts. Likaledes kan det finnas tendenser till att CM utför arbetsuppgifter som egentligen skall göras av andra personer i resursgruppen. Detta är speciellt vanligt när CM är ny i rollen. Ibland kan man pröva en utvecklingsplan som man i förväg kan ana inte är helt hållbar eller inte kommer att fungera på ett tillfredsställande sätt. Detta görs utifrån tankegången att de erfarenheter som man gör medan arbetet fortgår, medför att man senare kan utforma en bättre och mer fungerande plan.

Det är viktigt att resursgruppens arbete kommer igång så fort som möjligt och att utrednings/planeringsfasen inte tar alltför lång tid. Idealt bör man ha haft ett första resursgruppsmöte inom tre månader efter första kontakten med brukaren. Det är bättre att komma igång med en ofullständig plan än att försöka hantera den frustration som lätt uppstår om man väntar alltför länge. Om CM och brukare i grunden inte är överens om vad som skall göras, kommer detta att visa sig i genomförandefasen.

Det är viktigt att man inte betraktar dessa ”sammanbrott av planen” som ett misslyckande, utan mer ser dem som en möjlighet till en fördjupad analys som kan leda till en förbättrad plan, som överensstämmer mer med det behov och önskemål som brukaren har.

Modul 24: Stress och sårbarhet

Stress-sårbarhetsmodellen

De flesta sjukdomar orsakas av en kombination av sårbarhet och stress. Sårbarheten kan ha biologiska, psykologiska och sociala orsaker. Till de biologiska orsakerna hör genetiska faktorer eller skador på kroppens organ och på hjärnan. Till de psykologiska och sociala orsakerna hör separationer eller andra svåra upplevelser tidigt i livet. Sårbarheten i kombination med stress kan göra att en persons kapacitet att anpassa sig till olika situationer överbelastas. Situationer som är konfliktfyllda eller ställer stora krav på en person kan till exempel utlösa psykossymtom om man har en sårbarhet för detta. Ju större sårbarhet man har, desto mindre stress krävs det för att utlösa symtom på psykisk sjukdom.

Man brukar skilja på två typer av stress: daglig stress och sådan som orsakas av avgränsade viktiga händelser i livet. Daglig stress kan orsakas av sådant som problem med bostad, störningar i arbetet, missbruk, höga krav, kritik eller fientlighet från omgivningen eller överbeskyddande och kontrollerande närstående. Händelser som orsakar stress kan vara separationer, att man blir arbetslös, eller andra plötsliga och oväntade förändringar som ställer stora krav på anpassningsförmåga. Läkemedel och andra behandlingsmetoder kan påverka sårbarheten hos en person men ibland fungerar inte detta fullt ut. Därför måste behandlare ha ett långsiktigt perspektiv på vård och stöd med målet att minska stressen. Om man vet i vilka situationer som stressen utlöses kan man steg för steg bygga upp en stabilare vardag för en person. Man kan också hjälpa personen att upptäcka stress tidigare och göra något åt den.

Även de närstående kan vara utsatta för mycket stress. Denna stress påverkar ofta personen som har en ökad sårbarhet negativt. Det är därför viktigt att även inkludera närståendes behov av stresshantering enligt samma principer som för brukaren. Det är vanligt att personer med psykisk ohälsa uppmärksammar ökad stress alltför sent. Detta ökar risken att de återfaller i psykisk sjukdom. För att upptäcka stress behöver man vara uppmärksam på signaler från kroppen och på vad för slags tankar man tänker. Stress kan ge varningssignaler som huvudvärk, magbesvär, sömnproblem eller att man känner sig utmattad. Dessa symtom går över när stressen minskar. Avslappning kan hjälpa till att observera vad som händer i kroppen och vad innehållet är i tankarna. Man kan också förbättra förmågan att upptäcka sin stress genom att prata med andra om hur man mår.

Daglig stress minskas bland annat genom att:

- Brukaren lär sig sköta sin medicinering själv
- Brukaren bygger upp ett dagligt liv som innehåller avkoppling, mening och glädje
- Brukaren och närstående lär sig att upptäcka och hantera konflikter
- Brukaren och närstående lär sig att tidigt upptäcka varningstecken på att ett sjukdomsskov är på väg. De kan då hjälpas åt att förhindra eller lindra det.

Att motverka stress

Problemlösning i resursgruppen bygger först och främst på att man skapar en laganda som gör att man kan samarbeta bra. Det ska vara naturligt att prata om och be om hjälp med olika problem. Man beskriver också problemet så exakt som möjligt och använder en tydlig handlingsplan (som finns i ett arbetsblad) för hur det ska lösas.

Stress kan hanteras på olika sätt. Ett vanligt sätt är att undvika sådant som stressar en. Det kan vara arbete, studier eller att göra saker tillsammans med andra. Det är också vanligt att man undviker personer som stressar en. I krislägen är det bra att minska stress, till exempel genom att ta ledigt från arbetet eller att undvika sådant som skapar stress. Men ofta är det så att det som är stressande också är roligt.

Personer med psykisk ohälsa drabbas oftare än andra av symtom på stress. I dessa fall är det viktigt att agera snabbt för att motverka stressen, annars kan den utlösa en ny svår sjukdomsepisod. Förr i tiden behandlade man svåra sjukdomar genom att låta människor vila och slappna av, det kunde vara hemma eller på sjukhus. Att minska stress är fortfarande grunden i alla medicinsk krisbehandling.

Har man ett hälsoproblem som förvärras av hög stressnivå behöver man alltså effektiva stressdämpande redskap. Problemlösning och träning på att hantera stress i ett rollspel kan var exempel på sådana metoder som kan användas i resursgruppen. Det här är några bra sätt att minska stress:

- Att sätt upp tydliga och realistiska personliga mål.
- Att tala om sina mål och problem med vänner eller familjemedlemmar.
- Att lösa problem på ett effektivt sätt.
- Att få stöd och uppmuntran från vänner.
- Att slappna av med någon fritidssysselsättning.
- Att koppla av och inte göra något särskilt.
- Att sova gott.
- Motion och fysisk träning.
- Att lära sig att säga nej till sådant som man inte vill göra.

Många människor och kanske framför allt män är obenägna att låta sina vänner och familj hjälpa till med att lösa problem. Det är då bra att veta att det är positivt att dela med sig, och att man i relationer måste kunna prata med varandra och dela problem. När man vill lösa ett problem som orsakar stress är det bra att göra en plan för det. Många tror att om man ska lösa problem så måste man ha omedelbara lösningar till dem, men om man inte först gör en analys av problemet och sedan en plan för hur det ska lösas så blir problemlösningen ineffektiv. En del människor försöker minska stress med alkohol eller droger, detta är alltid i längden ett dåligt sätt som ger personen mer problem på sikt.

Arbetsblad:

Stresshantering (*arbetsblad nr 19*)

Modul 25: Känsloklimatet eller Expressed Emotions

Känsloklimatet hos närstående

För att förstå hur resursgrupps- och familjemedlemmar reagerar på psykisk sjukdom kan man ta reda på hur de närståendes känsloklimat eller ”Expressed Emotions” (EE) ser ut. Ett högt känsloklimat tenderar att skapa problem och kan bidra till återfall. Kunskap om känsloklimatet ger insikt om vilka psykopedagogiska delkomponenter som ska prioriteras.

Expressed emotions saknar en fullgod svensk översättning, men betyder ”uttalade känslor”. Uttrycket *närståendes känsloklimat* används även allt oftare i Sverige. I kliniskt arbete med känsloklimatet intervjuas såväl brukaren som närstående, och en uppskattning görs tillsammans med dem om huruvida det förekommer hög EE i familjen.

Allmänt om känsloklimatet

Ett högt känsloklimat hos närstående är vanligt vid till exempel en första, akut kontakt med psykiatrin. De berörda behöver stöd för att inte vara kritiska, fientliga, överbeskyddande eller kontrollerande. Enligt internationell forskning uppvisar cirka 25–35 procent av närstående till personer med schizofreni ett högt känsloklimat.

Skattning och tolkning av känsloklimatet hos närstående

Känsloklimatet skattas främst med hjälp av en individuell intervju, men även ”En vanlig dag” och ”Nätverkskartan” kan bidra med kunskap. Lämplig skattare är CM och då gärna tillsammans med boendestödet, så att båda får samma information. Denna intervju med närstående genomförs så tidigt som möjligt, i nära anslutning till då patienten intervjuas.

Kontinuerlig uppföljning av känsloklimatet görs under resursgruppsarbetet, främst när CM märker tendenser till högt känsloklimat. Fem olika aspekter berörs:

1. Kritiska kommentarer.
2. Fientlighet.
3. Känslomässigt överengagemang (eller kontroll och överbeskydd) från resursgrupps- eller familjemedlemmar.
4. Positiva kommentarer.
5. Värme från resursgruppsmedlemmar och närstående.

Det är viktigt att notera att det inte är ovanligt att en närstående fäller både negativa och positiva påståenden under en intervju. Här kommer närståendes kultur och vanor in. De som är mer talföra använder ofta såväl positiva som negativa kommentarer.

För att minska ett högt känsloklimat kan lämpliga strategier och insatser enligt IP vara:

- undervisning om funktionsnedsättningen
- kommunikationsövningar
- formulering av tydliga kort- och långsiktiga mål
- problemlösningsövningar
- sociala färdighetsövningar, så kallad *social skills training*
- identifiering av tidiga varningstecken
- handledning (för behandlare).

När man arbetar med till exempel kommunikationsövningar och social färdighetsträning ska man använda sig av övning och träning genom rollspel. Det är den mest effektiva metoden att sänka ett högt känsloklimat.

Känslomässigt klimat hos personal

Viktigt att notera är att ett högt känsloklimat också är vanligt hos personal som arbetar med personer med psykiska funktionsnedsättningar. Intervjuer från Sverige och Storbritannien visar att personal på exempelvis särskilda boenden, eller på avdelningar för sluten psykiatrisk heldygnsvård, uppvisar ett högt känsloklimat. Främst förekommer då ett känslomässigt överengagemang i form av kontroll och överbeskydd. Högt känsloklimat vad gäller kritiska kommentarer förekommer också, fast i lägre grad. Kontinuerlig handledning eller undervisning bidrar till ett sänkt eller neutralt känsloklimat hos personalen.

Kritik

”Han ljuger en hel del.”

”Han har bara arbetat tre dagar i hela sitt liv.”

”Han är inte psykotisk, bara slö.”

Fientlighet

”Jag gör allt jag kan, men det jag klarar av med andra, klarar jag inte med min egen fru.”

”Den här helgen har varit hemsk, jag har gråtit hela tiden, bara av hans närvaro.”

”Sedan han blev sjuk, bryr jag mig inte längre.”

Känslomässigt överengagemang

”Jag gråter dagligen och tänker på vad som gått fel.”

”Det är som att ständigt leva i ett fängelse utan galler. Varje dag undrar jag hur jag kan hjälpa honom att bryta sig ur detta. Varje dag.”

”Vad ska de säga på affären om han går ditt själv och talar så att de inte förstår? Bättre att jag går dit själv.”

Värme

”Han är vän med alla, trots sina problem. Alla älskar honom.”

”Han klarar det mesta, fast det tar tid för honom. Men jag säger till honom att säga till om han behöver min hjälp.”

Positiva kommentarer

”Hon är en fantastisk mamma, där har inget ändrats.”

”Det tog lite tid, men sedan klarade han jobbet jättebra.”

Modul 26: Kommunikationsövning/träning

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 så 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. På motsatt sätt ökar en bristande kommunikation risken för återfall.

Också i resursgruppen är god kommunikation viktigt. 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.

Syfte och mål med kommunikationsövning

Kommunikationsträning är ett kraftfullt och mycket stimulerande och roligt arbetssätt, som borde användas oftare. Målet med att träna kommunikation är att kommunicera på ett tydligare och mer direkt sätt. Syftet är att ge bättre redskap för att kommunicera även om svårare saker. Det finns pedagogiska skäl att kalla detta för kommunikationsövning, och inte rollspel, som det tidigare ibland kallades. Betoningen ska ligga på att öva och inte på att rollspela. När vi arbetar med att sänka känsloklimatet är troligtvis kommunikationsövningar den allra mest effektiva metoden.

Några exempel på situationer som bör övas på:

- Visa uppskattning
- Be om något på ett positivt sätt
- Uttrycka känslor, både positiva och negativa
- Aktivt lyssnande
- Göra en kompromiss

Att genomföra en kommunikationsövning

Viktigt att tänka på när ni gör en kommunikationsövning:

- Börja inte med en för svår övning. Ibland kan det till exempel finnas skäl att låta patienten sitta bredvid.
- Själva rollspelen/övningarna ska vara korta. Det räcker oftast med 15 - 60 sekunder.

- Använd gärna en modell, alltså en person som spelar en annan, om det är en svårare övning.
- Gå alltid laget runt i resursgruppen när ni övar. Se till att alla är med och lämnar till exempel förbättringsförslag.
- Du som case manager håller i hela övningen med fast och tydlig hand.
- Ge omgående positiv feedback på patientens och närståendes ansträngningar.

De olika stegen i en kommunikationsövning är:

1. Diskutera något av momenten, till exempel att uttrycka känslor.
2. Be resursgruppen/familjen att visa genom att öva.
3. Ge feedback och förslag på förbättringar, be att alla ger feedback på övningen.
4. Upprepa övningen med förbättringar, där alla ger ny feedback.
5. Hemuppgift att göra detta hemma till nästa session.

Exempel på sådant som kan vara viktigt att kommunicationsöva på:

- Kring var och ens tankar och känslor.
- Om vardagliga saker.
- Om viktiga saker.
- Om att vara tydlig, utan att vara rädd.
- Att uttrycka även sina eventuella negativa känslor.
- Att våga ta kontakt med någon annan.
- Att våga säga nej.
- Att inte tjata.

Att visa uppskattning

Ibland gör en person något som tilltalar oss. Det enklaste sättet att få personen att göra detta oftare är att tala om att vi tyckte om det han eller hon gjorde. Varje dag gör människor hundratals småsaker som gör våra liv mer tillfredsställande och glädjefyllda. De handlar och lagar mat, hjälper oss med småsysslor, städar, diskar, ringer oss, tvättar sig och klär sig fint, tar sina mediciner och tar hand om sällskapsdjur. Mycket av detta blir vi så vana vid att vi glömmer att tala om för personerna ifråga att de har gjort oss glada. Det kan till och med hända att vi glömmer att glädja oss åt de små tingen i tillvaron. Vi börjar förvänta oss att människor kommer att fortsätta att göra det som de alltid har gjort, utan att få den minsta uppskattning. Om de slutar göra saker för oss protesterar vi och blir arga, eller anmärker på det så fort de gör lite fel. Då börjar de tänka att vi inte längre bryr oss om dem.

När vi blir stressade uttrycker vi ännu mindre uppskattning till våra vänner och närstående när de anstränger sig i vardagen. Då uppfattar vi bara det som stressar oss och glömmer helt bort att uppmuntra andra att fortsätta göra sådant som vi tycker om. Vi kanske bara lägger märke till och berömmar jättestora framgångar. Att börja notera alla små bemödanden som andra gör och ge dem några ord av uppskattning kan vara ett steg mot en trevligare atmosfär. Detta kan i sin tur minska den vardagliga stressen.

Att visa uppskattning, steg-för-steg

1. Se på personen.
2. Säg klart vad det var du uppskattade.
3. Berätta kort hur det känns.

Att be om något på ett positivt sätt

Hur gör du vanligtvis när du ber någon om hjälp med något? Gnatar du, hotar du, ställer du krav? Eller brukar du fråga på ett vänligt sätt som uppmuntrar till hjälpsamhet? Det finns förstås inga garantier för att människor kommer att hjälpa oss bara för att vi ber vänligt, men vi kan i alla fall slippa en del argumenterande och irritation om vi är vänliga. En annan sak man kan tänka på är att vara tydlig när man ber om något, då minskar risken för missförstånd. Mindre irritation och färre missförstånd minskar stressen i vardagen.

Att be om något på ett positivt sätt, steg-för-steg

1. Se på personen.
2. Säg tydligt vad du vill att den andra personen skall göra.
3. Tala om hur det kan få dig att känna dig (glad, nöjd m.m.).

Att uttrycka känslor

Att uttrycka negativa känslor behöver övas på liknande sätt som man lärt ut och övat om att uttrycka positiva känslor. Det är lika viktigt att uttrycka negativa som positiva känslor, fast många upplever det som svårare. För en mamma är det helt normalt att säga till sitt barn att hon blir irriterad när barnet inte plockar bort efter sig som man bestämt, det borde vara lika självklart att en förälder säger till sitt barn med psykisk funktionsnedsättning att man blir irriterad när denne inte gör något som man har bestämt, men det upplevs ofta som mycket svårare. Detta är oftast en självklar kommunikationsövning i resursgruppen.

Att uttrycka känslor, steg-för-steg

1. Se på personen.
2. Tala långsamt och tydligt.
3. Säg klart vad det var du reagerade på.
4. Berätta hur det fick dig att känna dig.
5. Ge ett förslag på hur den andra personen kan undvika att upprepa sitt misstag.

Aktivt lyssnande

Det är inte alltid lätt att säga exakt vad som besvärar oss i vardagen. Det är inte heller alltid lätt att säga exakt hur man skulle vilja ha det. Att sitta ner och prata med vänner och familjemedlemmar kan göra dessa saker tydligare för oss. Då underlättar det om den man pratar med lyssnar aktivt och ställer frågor. När vi har fått klart för oss hur vi vill ha det och vilka hinder som står i vägen, kan vi använda metodiken för problemlösning för att nå våra mål. Att prata med någon som lyssnar aktivt kan också hjälpa oss att formulera tydliga realistiska mål, istället för diffusa mål som är svåra att uppnå.

Det finns två huvudsakliga delar i det aktiva lyssnandet. För det första handlar det om att lyssna noga på vad den andra personen säger och visa att man tar till sig det. För det andra handlar det om att ställa frågor som kan hjälpa personen att bli tydligare.

Aktivt lyssnande, steg-för-steg

1. Se på personen som talar.
2. Nicka eller säg ”mmm” eller liknande.
3. Ställ någon liten fråga.
4. Spegla (sammanfatta kort) vad den andra personen sagt.

Att göra en kompromiss

Det är inte alltid man får det precis som man vill. Oftast får vi nöja oss med att hitta en kompromiss. På så sätt kan alla få lite som de vill och vi visar att alla åsikter är viktiga. Vi har också betonat att vi tar hänsyn till varandra, ingen behöver känna sig helt överkörd. När vi gör en kompromiss är det först viktigt att vi lyssnar på andras åsikter och visar att vi har förstått vad de vill. Därefter uttrycker vi vår egen åsikt tydligt. Sedan, när ståndpunkterna är klarlagda, kan vi gå vidare och hitta en kompromiss.

Att göra en kompromiss, steg-för-steg

1. . Lyssna till den andra personen.
2. Sammanfatta kort det han eller hon sa (för att visa att man lyssnar).
3. Förklara vad man själv tycker.
4. Föreslå en kompromiss

Gör följande direkt efter varje övning:

- Ge feedback till samtliga som deltagit i övningen.
- Gå laget runt och fråga samtliga om eventuella förbättringar eller alternativ.
- Jämför alltid den första övningen med senare. Vilken var bäst? Vilken tyckte de som utförde dem kändes bäst?
- Låt brukaren eller den som är i centrum i övningen ha sista ordet, om man tycker olika.
- Stötta vid behov de som till exempel har svårt att genomföra övningen.
- Kom ihåg att alltid genomföra korta övningar. Var detta lagom långt?
- Glöm inte att du kan använda modell om någon vill sitta bredvid och iakttä eller lära sig hur man kan göra istället.

Viktiga ingredienser i kommunikationen är:

- Ditt eget kroppsspråk.
- Hur man avläser andra personers (oftast) omedvetna signaler. Ska jag vänta eller fortsätta?
- Hur ens eget tillstånd påverkar ens kommunikationsförmåga.
- Hur man själv kan komma i ”rätt” tillstånd.
- Försök alltid förmedla både innehåll och känsla.

Tänk på att det ofta är nödvändigt att ägna flera möten åt en viss kommunikationsförmåga. Dessutom är det vanligt att återvända till ett ämne flera gånger under arbetet, trots att man kanske är inne i en annan fas för tillfället. Avbryt omedelbart allt bråk och alla påhopp i resursgruppen, fokusera på strukturen och inte på innehållet. Vid behov, gå istället över till krisinriktad problemlösning.

När ni övar på metodik och struktur kan det vara svårt att ta upp konfliktämnen med närstående. När ni i början tränar på metodiken är det viktigt att fokusera på strukturen, inte på innehållet i ämnet som tas upp. Stoppa bestämt alla förklaringar, svar eller försvar på till exempel övade uttryckta negativa känslor. Betona att vi just nu övar oss på att uttrycka, inte att lösa problem av olika slag. Ge konstruktiv feedback på hur familjemedlemmar klarar att hålla strukturen.

Arbetsblad

Be om något på ett positivt sätt (*arbetsblad nr. 21*)

Aktivt lyssnande (*arbetsblad nr. 22*)

Visa uppskattning (*arbetsblad nr 23*)

Uttrycka känslor, både positiva och negativa (*arbetsblad nr 24*)

Göra en kompromiss (*arbetsblad nr 25*)

Modul 27: Familjeinterventioner

Att arbeta med familjer eller familjemedlemmar ska helst ske inom ramen för resursgruppsarbetet. Grunden i familjeinterventionerna är att utbilda övriga i familjen eller i resursgruppen om sjukdom och behandling.

Närståendearbete utgör en central komponent i RACT. De närstående är att betrakta som oundgängliga i det goda patientcentrerade arbete som bör eftersträvas i samband med psykisk ohälsa. Det är inte de professionella utan de närstående som oftast kommer att ha den riktigt nära och långvariga kontakten med patienten. Välkänt är att återhämtningen och prognosen förbättras när de närstående tidigt engageras i behandling och rehabilitering. Samtidigt är det viktigt att ständigt beakta att de närstående behöver stöd för att de ska orka med sin, ofta belastade, nyckelroll avseende patientens återhämtning och välmående. Hjälpbehovet är ofta störst inom områden rörande vanliga vardagssituationer i samröre med patienten. Närstående behöver kunna tillägna sig ökad kunskap beträffande patientens sjukdom och få information om övriga befintliga hjälpinstanser. I behandlingsarbetet, som syftar till att sänka patientens stressnivå likväl som det känslomässiga klimatet i närmiljön, utgör de närstående centrala och naturliga samarbetspartners. Närstående ska alltid ses som experter på det system som patienten och dennes närstående utgör.

Undervisning gemensamt i resursgruppen

Det finns överväldigande bevis inom forskningen att det är till stor nytta att utbilda brukare och familj eller närstående om brukarens sjukdom och behandlingen för den. Ett viktigt skäl att utbilda är att kunskap minskar stress och missförstånd. Informationen stärker självkänslan, lugnar, skapar ökad förståelse för varför det är som det är och ger hopp om framtiden. Samarbetet mellan vård- och stödpersonal, brukare och nätverk underlättas av utbildning. Dessutom blir behandlingsresultatet bättre när man har en god kunskapsgrund att stå på. Det finns alltså många anledningar att arrangera kvalificerad utbildning.

Utbildning av brukare och familj eller närstående ska alltså helst ske gemensamt. Man kan också utbilda en resursgrupp eller en familj åt gången. Ett annat sätt som fungerar bra är att utbilda flera resursgrupper eller familjer tillsammans i studiecirkelform. Även utbildning av grupper av brukare med liknande problem eller diagnos har mycket gott stöd i forskningen.

Att utbilda samtliga gemensamt har prio 1 i de nationella riktlinjerna vid schizofreni. Att utbilda endast familj exklusive patient har prio 3 och att endast utbilda patienten har prio 7. Det verkar som det råder ungefär samma förhållande vid andra psykiatriska tillstånd.

Psykopedagogisk undervisning

När familjearbetet inom psykiatrin så smått började struktureras under framför allt 1970-talet, betonades att behandlare skulle ta upp beteenden hos främst föräldrar till barn med psykisk belastning. Men även med make/maka och barn skulle vi behandlare påpeka sådant som vi ansåg var viktigt i "systemet familjen". På grund av detta kunde vi till ett föräldrapar till exempel påstå att "ni verkar vara en familj som isolerat sig en hel del på grund av X:s problem."

Varpå vi, från och till, fick häftiga reaktioner på grund av vår subjektiva kommentar. Detta är ett exempel på något som *inte* är psykopedagogisk undervisning.

Psykopedagogisk undervisning, som växte fram under senare delen av 70-talet men främst under 80-talet, betonade att man aldrig ska påstå något om en familj eller om närstående. Här följer ett exempel på hur psykopedagogisk undervisning skall ges:

1. Förbered er genom att ha ett antal studier eller forskningsresultat att utgå ifrån, forskning om hur psykisk ohälsa drabbar familj eller närstående är lämpligast men även förhållningssätt för närstående passar bra.
2. Gå igenom varje påstående för sig. Förklara innebörden noga. Förklara också att det är baserat på forskning som stämmer in på många, men inte på alla. Om en person tycker att ett påstående stämmer, så ta upp detta till diskussion.
3. Ta ett påstående, till exempel "60 % av alla närstående upplever att de blivit mer isolerade som en följd av X:s sjukdom". Fråga sedan: "Stämmer detta in på er?"
4. Tänk alltid på att varje närstående, men också varje familj, är olika. En närstående eller en familj som ni kan tycka är till exempel stresskänslig eller överbeskyddande upplever kanske inte sig själv på detta vis.
5. Den här typen av undervisningsmaterial skapar mycket tankar, trots att de kanske inte just nu tycker att det mesta inte stämmer in på dem själva. Viktigt att därför återkomma minst ytterligare en session till materialet.
6. Lämna helst ut materialet eller studien någon vecka innan sessionen. Det är stressminskande att närstående hinner förbereda sig och kanske till och med samtala om materialet med varandra innan.
7. Glöm aldrig att patienten kanske behöver extra information om materialet. Lämpligt är att case manager eller annan personal som är med på sessionen med närstående sitter ner enskilt med patienten innan denna session.

8. Påstå aldrig att du tycker att något i materialet stämmer in på resursgruppen eller familjen. Kom alltså inte med subjektiva åsikter, utan håll dig strikt till materialet. På en direkt fråga om du tycker att något stämmer in eller inte, kan du avväga att svara på ett mer personligt sätt. Viktigt är att du då har någon form av relation med deltagarna.

Vinsterna med psykopedagogisk undervisning är stora, främst att patient och närstående förstår att det är vanligt med olika typer av problem eller svårigheter när man mår sämre. Att höra att 60 % av alla familjer/närstående blivit isolerade på grund av detta är ett exempel på det. Det finns även stora fördelar med att arbeta på detta psykopedagogiska sätt med flera närstående eller familjer tillsammans. Då kommer även andra aspekter in, som hur olika personer gör för att klara dessa svårigheter.

Träning och behandling

Hos familjer och närstående med ett högre känsloklimat krävs ibland även träning och samtal om till exempel kommunikations- och problemlösningsförmågor. Även hur man som närstående hanterar sin egen stress kan behöva talas om och träna på. För att minska ett högt känsloklimat hos närstående och familj kan lämpliga strategier enligt RACT vara:

- undervisning om funktionsnedsättningen
- kommunikationsövningar
- formulering av tydliga kort- och långsiktiga mål
- problemlösningsövningar
- sociala färdighetsövningar, så kallad *social skills training*
- identifiering av tidiga varningstecken
- arbete med tankar och känslor

Tips när patienten inte vill ha med sina närstående eller sin familj

Eftersom det i RACT betonas att man alltid ska försöka arbeta med patient och familj tillsammans, är det på sin plats att tipsa om hur man kan göra när patienten i början inte vill ha kontakt med familjen eller förbjuder oss professionella att ha kontakt med dem. Exemplet nedan utgörs av ett samtal mellan patient och case manager om detta problem:

Session 1

Patient (P): Jag vill inte ha med föräldrar/fru/make/barn i resursgruppen.

Case manager (CM): Det är alltid du som bestämmer, helst i konsensus eller samråd med övriga i resursgruppen. Men här på vår mottagning så vill vi helst att närstående är med.

P: Jag vill ändå inte att de är med.

CM: Som sagt, du bestämmer. Men jag undrar om det är OK om jag frågar dig igen om en tid, kanske en månad? Du kan väl tänka på det? Och så frågar jag igen. Jag lovar att jag inte tänker tjata.

P: Jag lovar att tänka på det, men vill inte att de är med.

CM: Är det OK om jag frågar igen om ett par gånger?

P: Fråga kan du alltid göra, men jag vet inte...

CM: Eller är det OK för dig om jag och vård- och stödsamordnaren från ditt boendestöd träffar dina föräldrar/make/maka/barn utan dig? Jag vill inte tala om dig, utan tala med dem om hur de har det.

P: Jag vet inte. Jag vill helst inte att de är med alls känner jag just nu.

CM: Då gör vi så här om du tycker det är bra. Jag frågar dig nästa gång om det är OK att jag och boendestödet träffar dem utan dig, för att tala om hur de har det. Tänk på det till nästa gång. Låter det bra?

P: Det låter OK. Men jag lovar inget.

CM: Då hörs vi om två veckor igen.

Session 2

CM: Har du tänkt på mitt förslag att jag och boendestödet träffar dina närstående utan dig, om vi bara talar om hur de har det, och inte om dig?

P: Hur kan jag veta att ni inte talar om mig?

CM: Allt du har är mitt ord på det. Allt vi vill till att börja med är att fråga hur de har det och om det är något de önskar för egen del.

P: OK, jag litar på dig. Ni får träffa dem om de vill träffa er utan mig.

CM: Tack, jättebra. Vi vet att det är väldigt viktigt att även ha med närstående i stödet som vi kan erbjuda. Sedan är det säkert också så att vi är säkra på att även du kommer att kunna må ännu bättre om dina närstående får tydlig och bra information om din sjukdom och hur ni kan leva ett bättre liv tillsammans,

P: Men det är så ofta de inte förstår mig och inte lyssnar.

CM: Då vet jag att det är ännu viktigare att du och de träffas tillsammans i vår resursgrupp. Det är precis sådant som vi kan tala om och träna på där. Alltså hur de förstår dig bättre och lyssnar på dig bättre.

P: Går det?

CM: Ja, absolut! Du väljer själv situationer där du tycker att dina närstående inte förstår dig eller inte lyssnar på dig och så talar och tränar vi på dessa situationer på ett varligt och bra sätt tillsammans, så att det inte blir för jobbigt för dem eller för dig. Det är detta som är konsten och som vi är bra på. Kan du inte tänka på det tills vi ses nästa gång? Så kan vi tala med dina närstående när vi träffar dem utan dig nästa vecka?

P: Jag lovar att tänka på det. Och du frågar dem vad de vill. De måste ju också vilja.

CM: Absolut! Ring om du undrar något, så hörs vi om två veckor, så får vi se vad du kommit fram till.

Modul 28: Social färdighetsträning och ESL

Brukare med långvariga psykiska sjukdomstillstånd och funktionshinder behöver, förutom alla andra insatser, träning i hur man lever ett dagligt liv. Många har kunnat det, men de behöver lära sig igen hur man sköter hygien, hushåll och ekonomi, hur man utnyttjar olika former av samhällsservice, hur man umgås med andra med mera. Om brukarna kan återerövra dessa färdigheter behöver de inte hamna i så många stressfyllda situationer som förvärrar deras symtom.

För att ha störst nytta av träning i sociala färdigheter bör brukaren inte ha alltför mycket symtom. Symtom som stör inlärning och samtalskontakter bör vara under kontroll. Brukaren ska kunna fokusera sin uppmärksamhet i minst 15 minuter. Man påbörjar alltså som regel inte träningen när klienten har hög ångestnivå, symtom på djup depression eller uttalade tankestörningar. Brukaren måste vara tillräckligt motiverad att delta i träningen.

Träningens uppläggning enligt RACT

Man arbetar i en lämplig miljö, till exempel i en persons eget hem eller på en mottagning. Miljön måste kännas trygg. Det behöver också finnas en tydlig struktur i träningen som inger trygghet. Rollfördelningen ska vara klar och det ska finnas ett tydligt schema.

Det är nödvändigt att man först noggrant kartlägger brukarens sociala funktionsnivå. Man tar reda på vad brukaren klarar att göra och inte klarar att göra i det dagliga livet. Kan brukaren till exempel umgås och samtala med sin pappa? Kan brukaren sköta en tvättmaskin? Kan brukaren ta ut pengar? Tillsammans gör case managern och brukaren en lista över vad man behöver lära sig för att kunna leva ett självständigt liv i samhället.

Inom RACT använder man sig av ett övningsprogram för sociala färdigheter som heter ”Ett Självständigt Liv”, ESL. I det finns instruktioner både för case managern och för brukaren. En rad undersökningar har visat goda och bestående effekter av social träning, i synnerhet om man följer de manualer som finns noga.

ESL tar upp följande områden:

- Att handskas med mediciner
- Fritid och rekreation
- Personlig hygien
- Att sköta pengar
- Vardagssamtal
- Att själv kunna handskas med symtom

- Att skaffa och sköta ett hem
- Att använda allmänna kommunikationer
- Matlagning
- Att använda samhällsservice
- Vänskap
- Att skaffa och sköta ett arbete

En brukare får oftast först träna en färdighet enskilt och sedan i grupp. I ett sista steg tränar brukaren i sitt eget hem. För varje färdighet som tränas går man vanligtvis igenom följande sju steg:

1. En introduktion om vad det handlar om.
2. Man ser på en videoinspelning och det finns möjlighet att ställa frågor.
3. Rollspel.
4. Man diskuterar vilka resurser som finns och hur man kan tillvarata dem.
5. Man analyserar vilka hinder som finns för brukaren att skaffa sig färdigheten.
6. Man övar färdigheten i praktiken.
7. Hemuppgifter.

Brukarna behöver få möjlighet att öva mellan lektionerna så att färdigheterna verkligen sitter. Det brukarna lär sig i en övningsmiljö måste de kunna överföra till det dagliga livet. Detta tar tid. Ofta behöver träning, uppföljningssessioner och senare stödkontakter hålla på i ett halvt till ett år.

Psykisk funktionsnedsättning

Vi vet inte exakt varför den dagliga funktionen ofta minskar efter det att man drabbats av en psykisk sjukdom. Däremot vet vi att det är så och att funktionsnedsättningen kan bli långvarig och utgöra ett betydande lidande för brukare och anhöriga. Som grupp har personer som drabbats av psykisk sjukdom sämre funktion inom alla livsområden än andra. Däremot måste vi komma ihåg att enskilda personer inte sällan har en utmärkt förmåga inom vissa områden. Med social träning menas här arbete med att förbättra funktionen inom två huvudområden:

- *Social förmåga*, alltså att ha givande kontakt med andra personer. Detta område är viktigt eftersom ensamhet är ett mycket vanligt problem. Principerna för att öka social förmåga beskrivs i modulerna om kommunikation.
- *Praktisk funktion*, till exempel att sköta sin lägenhet och klara ett jobb.

Arbetet med att öka den sociala förmågan sker mycket effektivare om resursgruppen deltar. Deltagarna känner varandra väl och vet vilka områden som behöver tränas.

Dessutom kan de hjälpa till att stödja träningen i det dagliga livet. I RACT är det inte bara den drabbade som tränar, alla deltagare i resursgruppen tränar sin sociala förmåga med hjälp av samma principer. Det gäller även personal. Vi kan alla öka vår förmåga genom att samarbeta kring de principer som används vid träningen.

Personer som drabbats av psykisk sjukdom har ofta tankestörningar som man måste ta hänsyn till vid träningen. Dessa störningar liknar till viss del de problem som alla människor får när de är mycket stressade. Det gäller bland annat problem med uppmärksamhet och minne.

Den som har problem med uppmärksamhet är inte lika bra på att härma andra personers lyckade beteenden. Det är anledningen till att vi tränar så detaljerat, alltså att vi är mycket tydliga om vilka steg som ingår i ett visst beteende. Det kan gälla till synes enkla saker som att städa en toalett.

Ett speciellt problem vid psykisk sjukdom kallas *generaliseringsproblemet*. Med detta menar vi att det är svårt att flytta kunskap från en situation till en annan. Om någon lär sig att laga pannkakor i ett träningskök betyder inte det att man kan klara detta hemma i sitt eget kök. Här kommer resursgruppen in, de är bryggan mellan träningen och dagligt liv. I träningen ges tydliga hemuppgifter där man övar att göra saker i skiftande situationer. Även här gör resursgruppen en ovärderlig insats.

Social träning sker med hjälp av några enkla och mycket väl utprovade principer:

Analys av hur det är och vad som hindrar förändring.

Viktigast för en analys är brukarens egen beskrivning av hur det är och hur det känns. För övriga i resursgruppen gäller det att komma ihåg att slöhet och ovilja inte är orsak till funktionsbrister. Det är följden av de psykiska besvären samt reaktionen på att livet inte utvecklats som man tänkt sig, som är problemet. Den som vet det kan lättare låta bli att kritisera och tjata. Vi vet att båda dessa saker minskar förmågan, inte ökar den.

Mål och mening.

Om man inte ser en mening med att göra något kommer man inte heller att göra det. För att inte fastna i detaljer måste blicken lyftas till ett större sammanhang. Vad är det för mening med att gå upp på morgonen fast man är trött? Alla i resursgruppen hjälps åt med att fastställa mening och mål genom att beskriva sina egna tankar och känslor inför ett viss dagligt praktiskt problem. Det är viktigt att skriva upp målet med en träning eftersom det underlättar att komma ihåg varför man anstränger sig.

Kunskap och information.

Alla i resursgruppen har erfarenheter och kunskap om hur dagliga problem kan lösas. Vi delar dem med varandra. I de flesta fall kommer de viktigaste erfarenheterna och kunskaperna från brukaren.

Problemlösning

Problemlösning är oftast nästa steg i den sociala träningen. Här hjälps alla åt att hitta alternativa lösningar och att se för- och nackdelar med dessa. Alla föreslår de för- och nackdelar som man själv tycker är viktiga. Det är endast den som skall träna något som väljer bland de föreslagna lösningarna. Man får aldrig välja åt någon annan person än sig själv.

Övning/träning

När problemlösningen vaskat fram en lösning på ett problem, måste denna tränas in. Att träna är avgörande för ett gott resultat. Det gäller oss alla. Att bara tala om lämpliga sätt att lösa ett problem ger små effekter. Vi övar, gång på gång, tills det nya sättet att göra något känns vant och naturligt. Så här går träningen till:

1. Var tydlig med att alla vet vilken situation som skall övas.
2. Börja öva utan några förberedelser. Det gör det möjligt att se personens (eller flera personers) nuvarande förmåga.
3. Håll övningen kort, högst en minut. Koncentrera er på de viktigaste delarna. Det kan vara att inleda eller avsluta ett samtal eller en praktisk handling.
4. Efter första försöket bör alla komma med positiva kommentarer. Vad fungerade bra?
5. Förslag till förbättringar. Det är viktigt att minst två förslag kommer fram.
6. Val av förbättring. Den som övar väljer ett förslag som verkar bra.
7. Ny övning.

Därefter upprepas punkt 4 till 7 tills den som övar tycker att det fungerar bra. Notera att man aldrig kritiserar någon, utan bara kommenterar det som fungerar bra och ger förslag till förbättringar.

När det gäller övningar som tar upp social förmåga, alltså samspel med andra personer, är det viktigt att kommentera hur känslor förmedlas och att ta upp kroppsspråk och röstens ton. Övning av praktiska beteenden som till exempel att laga mat eller gå ut med soporna är mindre påfrestande än moment som innehåller en interaktion med en annan person. Där kan övningen få dra ut på tiden.

Errorless learning / Felfri inläring

En annan metod som kan provas är det man brukar kalla "felfri inläring". Detta görs för att beteendet skall bli "rätt" redan från början, annars finns risk att situationen förknippas med ett mindre effektivt beteende som kan vara svårt att ändra trots att det inte fungerar. Felfri inläring gör det lättare för personer med kognitiva störningar att lära sig nya saker. Metoden minskar uppmärksamhetsproblem och minnesstörningar. Felfri inläring inleds oftast med att göra en lista för hur en viss situation, till exempel att diska eller betala räkningar, klaras på ett bra sätt. Därefter övas punkterna på listan tills de sitter bra. Dessa råd är ofta svåra att följa, men kan läsas som exempel på hur hög grad av noggrannhet som krävs. Nackdelen med felfri inläring är att övningarna kan kännas tjatiga och styrda av andra. Det är därför av största betydelse att hjälpa den som övar att hela tiden vara klar över meningen med att lära sig något, alltså att se en liten uppgift i ett större sammanhang.

Modul 29: Problemlösning och att formulera mål

Ett viktigt syfte med RACT är att underlätta för brukare och deras närstående att nå sina önskade mål och att kunna lösa aktuella problem. En sådan tydlig metod för att nå mål och lösa problem är ett gott stöd till brukare, närstående och hela resursgruppen och hjälper till att utforska samtligas resurser. Den gör också att alla arbetar i samma riktning och med samma sak. Strukturen underlättar uppföljning av resultat. Självkänslan och tilltron till den egna förmågan ökar när man ser att det faktiskt går att klara svårigheter, och att inte enbart bli föremål för andras välvilliga stöd och behandling.

Ytterligare skäl till att använda en strukturerad metod är:

- Att brukare kan ha kognitiva störningar som försämrar koncentrationsförmåga och uthållighet.
- Att kunna se fler lösningar på problem av olika slag (stress gör att man gärna tänker ensidigt som till exempel ”tunnelseende”).
- Att emotioner blockerar tanke och handling.

All förändring är en process, i många fall över lång tid. Det är viktigt att uppmärksamma de små förbättringar som sker och att se och förstå viljan till förändring och de ansträngningar som görs.

Som tidigare nämnts är det en stor fördel att så snabbt som möjligt introducera och få igång en aktivt arbetande resursgrupp. Deltagarna i gruppen bör känna till metodiken som används väl för att lösa problem och uppnå mål. De kan då delta på ett kreativt sätt i kommande diskussioner och planering, inom resursgruppens ram men också i de individuella kontakterna. Men denna metod ligger oftast en bit fram i resursgruppens arbete, då ett viktigt syfte är att detta är något som brukare och närstående ska klara av själva, utan CM och de professionella.

Använd *inte* denna teknik för problemlösning vid följande problemområden och situationer:

- Relationsproblem mellan resursgruppsmedlemmar, som inte bedöms beröra den som är brukare. Hänvisas till familjerådgivning eller motsvarande.
- Vid specifika svårigheter (till exempel tvång och panik) är det bättre att använda exempelvis KBT-metoder.
- Vanligen är det bäst att innehållet i brukarens vanföreställningar och hallucinationer tas upp i den individuella kontakten.

Problemlösning steg för steg

1. *Analysera resursgruppens förmåga att uppnå mål och lösa problem och förbered dig själv noggrant.*

En bedömning av gruppens förmåga att lösa sina vardagsproblem och hur de gör för att uppnå både individuella och gemensamma mål bör göras. Information om hur de agerar var för sig och tillsammans i vardagen och hur de klarar de eventuella kriser som förmodligen uppkommer behöver analyseras. Information om resursgrupps-medlemmarnas interaktion och förmåga att ta itu med de kriser som uppkommit bedöms.

2. *Motivera familjen eller resursgruppen till att arbeta med mål och problemlösning.*

Till exempel: ”När vi vill uppnå mål eller lösa problem, är det en fördel om vi kan uttrycka våra känslor på ett sätt som andra kan förstå. Det är också av stor betydelse att vi kan sätta oss ner med andra, till exempel vår familj och våra vänner, och diskutera igenom olika frågor. En sådan diskussion ger mest om vi har en bra metod, som gör att vi kan koncentrera oss på problemet, och om vi dessutom kan komma fram till en plan på hur vi skall göra. Under de kommande träffarna skall vi lära oss en sådan stegvis metod, som visat sig vara till stor hjälp när man löser problem.”

Det är viktigt att göra klart för alla redan från början att det är *de själva* som ska arbeta med sina svårigheter. Tala om att ”för att det ska fungera bättre, bör en av er leda samtalet och en annan föra lite anteckningar. ”Ni kommer då att kallas ’ordförande’ respektive sekreterare ”.

Det är vanligt att CM dras in i diskussionen, genom att någon till exempel ger förslag och samtidigt tittar på CM för att se om förslaget gillas eller förkastas. Var tydlig i att du inte deltar i deras samtal. Du kan enkelt markera detta, till exempel genom att flytta din stol en liten bit bakåt eller sätta dig i en annan del av rummet. Case managern kommunicerar endast med ordföranden när ni tränar på metoden.

3. *Genomgång av nuvarande funktion*

Innan själva träningen börjar sammanfattar du din samlade bedömning till resursgrupp eller familj.

- a) Gå först igenom dina analyser, rapporter och observationer kring varje deltagares förmåga till problemlösning.
- b) Gå igenom dina anteckningar om resursgruppens rapporter från resursgrupps- eller familjemöten.
- c) Upprepa om nödvändigt din analys av problemlösningsförmågan.
- d) Ge feedback genom att betona deras starka sidor och ge exempel på hur de på ett kompetent sätt löst olika problem.

4. *Beskriv stegen i hur man uppnår mål och löser problem.*

Börja med att ge alla en kopia på problemlösningsblanketten. Beskriv kortfattat de sex stegen för att ge en överblick. Gör därefter en mer detaljerad genomgång av varje steg, ge gärna exempel ur din egen erfarenhet. Hur noggrann denna genomgång blir avgörs av hur du bedömer situationen och vad resursgruppen kan ta in av informationen. Ta hänsyn till de som har svårast att ta till sig information. Brukaren kan till exempel ha kognitiva störningar som minnes- eller koncentrationssvårigheter. Den eller de som behöver kan få enskild information från CM.

Här följer en genomgång av de sex punkterna i metoden, med tips på vad CM kan säga:

1. Klargör målet eller problemet

Går problemet att omformulera till ett mål? I så fall, gör det! Låt det gärna få ta lite tid. Ett mål uppfattas som mer positivt och därför lättare att nå. Försök att få alla att ena sig om vad som är problemet. Be resursgruppen diskutera fördelarna med en noggrann beskrivning av problem och mål.

Sammanfatta: ”En klar beskrivning av ett problem eller mål har följande fördelar: Det blir lättare för alla att koncentrera sig på en gemensam sak, det blir lättare att veta när problemet är löst eller målet är uppnått och det blir lättare att sätta tydliga och realistiska mål, till skillnad från vaga och orealistiska.”

2. Förslag på möjliga lösningar

Alla idéer, både bra och de som tycks vara dåliga, skrivs upp. Avstå så långt det går från att värdera lösningarna, det görs senare. Diskutera inte heller hur de kan genomföras, det görs också senare. Alla inbjuds att komma med minst ett förslag. Lyssna på alla förslag och skriv upp dem. Det är bra om man har flera förslag att diskutera under punkt 3. Om man kan ge fyra-fem förslag så är det bra.

3. Diskutera alla förslagen och värdera alternativen.

Gå *snabbt* igenom listan med möjliga lösningar. Ta upp de viktigaste för- och nackdelarna med var och en. Alla lösningar brukar ha någon god och någon sämre sida. Undvik längre diskussioner. Först diskuterar resursgruppen endast fördelarna, och därefter endast nackdelarna, så att dessa separeras. Då blir det lättare att ta beslut.

Sammanfatta: ”En kort diskussion kring förslagets för- och nackdelar, var för sig, gör det lättare att besluta vilken lösning som kan tänkas fungera bäst. Perfekta lösningar hittar vi sällan, men även mindre bra förslag har sina fördelar. En del är lätta att genomföra men håller inte på sikt (till exempel att strunta i att betala sina räkningar för att lösa sina ekonomiska problem). Andra kan kräva stora investeringar i pengar, tid och kunskap och under tiden kanske vi måste nöja oss med mindre bra tillfälliga lösningar.”

4. Välj den ”bästa” lösningen.

Det är inte ofta det finns perfekta lösningar på problem eller att man vet precis hur ett efterlängtat mål ska uppnås. Välj det förslag som enklast löser problemet och det som det finns resurser för. På så sätt når man en liten bit framåt. God kommunikationsförmåga (till exempel att kunna lyssna, uttrycka känslor) är till god hjälp när gruppen skall enas om en lösning. Välj också den eller de lösningar som samtliga kan enas kring, även om det inte alltid är samtligas allra bästa lösning. Ofta visar det sig att en kombination av två eller flera förslag är den bästa lösningen. Be resursgruppen diskutera fördelarna med att tillsammans komma överens om hur man bör åtgärda ett problem.

Sammanfatta: ”Det kan ta tid att enas om vad som är det bästa sättet att klara en svårighet eller uppnå ett mål. Oftast är detta väl använd tid. Det blir lite enklare om man inte stirrar sig blind på att hitta perfekta lösningar, utan väljer en som kan genomföras snart utan alltför stor möda.

Den kanske inte löser hela problemet, men även en dellösning kan underlätta. På så sätt kan resursgrupp eller familj få en bättre situation och mer kraft över till att satsa på en större åtgärd nästa gång.”

5. Planera för hur lösningen skall genomföras.

Gör upp en plan som steg för steg visar vad varje person skall göra. Vem gör vad? När? Försök förutse hinder som kan uppstå, och olika sätt att klara dem. Bestäm tidpunkt för att följa upp hur planen fungerar. CM visar arbetsbladet ”Kontroll av planering” och går igenom det. Be resursgruppen diskutera fördelarna med en god planering innan en handlingsplan sätts i verket.

Sammanfatta: ”Problem löses oftast mer effektivt om man gör en noggrann planering innan man börjar handla. Många bra förslag misslyckas på grund av bristande planering. Det lönar sig att ägna mycket tid åt att noga planera varje sak som skall göras. Det är extra viktigt när flera personer är inblandade.”

Underlätta för ordföranden att klara sin uppgift genom att du handleder gruppen varsamt och uppmärksammar goda insatser och ansträngningar som görs. Ge feedback på alla ansträngningar. Interventionerna minskas gradvis. Kom ihåg att målet är att gruppen skall klara sig utan stöd så snart som möjligt.

6. Följ upp resultatet.

I samband med uppföljningsmötet går man igenom resultatet av problemlösningen. Har det gått bra, ta reda på vad som fungerade! Det kan vara viktig kunskap inför framtiden. Även när resultatet är mindre bra, börja med att ta reda på vad som gav vissa vinster. Fokusera hellre på små framsteg än på vad som inte är framsteg. Allas ansträngningar uppmärksammas. Problemlösningen fortsätter tills problemet är löst. Be resursgruppen diskutera fördelarna med att i efterhand gå igenom hur planeringen genomfördes i praktiken.

Sammanfatta: ”Oftast måste vi försöka flera gånger innan vi kan lösa ett svårt problem. Då är det extra viktigt att kunna dra rätt slutsatser av de åtgärder vi gjort. Hur långt har vi kommit? Vilka åtgärder måste förändras? Måste vi hitta på helt nya lösningar? Det är väsentligt att alla uppmärksammas för sina ansträngningar oavsett om dessa lyckades eller inte.”

Bestäm ett lämpligt övningsproblem

För att resursgruppen ska förstå problemlösningsmetoden är det bra att börja med ett enkelt övningsproblem som resursgruppen kan lösa snabbt och framgångsrikt. Om gruppmedlemmarna inte själva har något förslag bör CM vara beredd att ge ett. Hjälptill att välja en inte alltför laddad frågeställning. Det kan vara lättare att börja med en målformulering än ett problem. Mål är ofta mindre laddade och mer lockande. Det kan även vara lättare att börja med ett problem som någon närstående tar upp, än med brukarens problem.

I början är CM:s främsta uppgift att stödja ordförandens arbete. Avstå så mycket som möjligt från att ingripa i själva problemlösningen. Arbete genom ordföranden är ytterligare ett sätt att vänja resursgruppen vid att självständigt kunna klara svårigheter. Alltför ofta blir det så att CM tar på sig eller förväntas lösa olika situationer. Ingrip bara om metoden missförstås eller om den emotionella spänningen blir för hög.

Hemuppgift

Det finns stora fördelar med att ge hemuppgifter, framför allt när flera i resursgruppen lever och bor tillsammans. Hemuppgifterna kan lösas tillsammans på ett möte. Detta kallas familjemöte. Sessionerna ägnas åt att lära ut metoden för problemlösning. Familjemötets syfte är däremot att diskutera saker, lösa problem och uppnå olika mål. Familjemötet hålls alltså utan CM eller professionella.

En lyckad session innebär att resursgruppen tar till sig det som lärs ut och använder detta i sitt dagliga liv. En sådan livsstilsförändring ger ett varaktigt resultat, vilket inte tillfälliga terapeutiska insatser nödvändigtvis gör. Detta är något som ofta måste diskuteras med hela gruppen. Ge familjen eller resursgruppen minst tio blad för problemlösning. Be dem att använda metoden för att ta itu med ett problem (vilket som helst, som är aktuellt och angeläget) under nästa familjemöte. Bladet för problemlösning fylls i och presenteras på nästa session. Kontrollera att alla har förstått uppgiften. Hemuppgiften tas alltid upp i början av nästa session. Uppmärksamma alla försök och resultat.

Arbetsblad

Problemlösning 6-stegs (*arbetsblad nr 27*)

Kontroll av planering (*arbetsblad nr 28*)

Modul 30: Att använda läkemedel i behandlingen

I de nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd som Socialstyrelsen publicerade 2012 är en av de allra viktigaste rekommendationerna att en person som lider av dessa tillstånd ska ta läkemedel mot psykossymtom, så kallade antipsykotiska läkemedel. Det är viktigt både för hur frisk man blir och för överlevnad på sikt. I riktlinjerna finns rekommendationer även om vilka läkemedel som bör användas till vilken patient.

Vid kroniska sjukdomar som kräver långvarig behandling bör man tänka på inte bara vilken medicin som väljs utan även hur läkemedlet sätts in och utvärderas och i vilken utsträckning som patienten och resursgruppen varit med och beslutat om dessa saker. Idealet är att valet av läkemedel diskuteras i resursgruppen och att man under mötet väljer hur effekter och biverkningar ska utvärderas. Medicinerna kan ha besvärande biverkningar som patienten känner av omedelbart, medan viktiga effekter och de stora fördelarna för patienten ofta inte uppträder och upplevs förrän efter lång tids behandling. Inte bara valet av läkemedelssort bör diskuteras utan även på vilket sätt det ska tas. Det finns både tabletter och depåberedningar av de moderna läkemedlen.

Att påbörja eller avsluta en läkemedelsbehandling för personer med svåra och komplexa psykiska sjukdomar kan liknas vid andra livshändelser som medför många förändringar i det dagliga livet. Det finns risk för nya biverkningar. Förbättringar av symtombilden kan medföra nya utmaningar i sociala sammanhang. Om man vill göra en förändring i medicineringen för en brukare som deltar i RACT börjar man med att göra en problemanalys, sedan går man tillsammans igenom de alternativ som finns. Läkarens roll är expertens. Hon eller han vet vilka effekter som olika läkemedel har och vilka biverkningarna kan vara. Ibland behöver CM också träffa patienten för att kontrollera att läkarens rekommendationer har uppfattats rätt. Ibland behöver man också komplettera med motiverande samtal, det är tyvärr vanligt att personer avbryter sin läkemedelsbehandling innan effekten kommit och innan man kunnat göra en ordentlig utvärdering. Att avsluta medicineringen medför en kraftigt ökad risk för att få ett återfall i sjukdomen.

När läkaren, CM och patienten diskuterat fram vilket som är det bästa alternativet med hänsyn till patientens aktuella livssituation och personliga mål läggs förslaget om läkemedel fram på ett resursgruppsmöte. Alla deltagare på mötet får information om läkemedlet och vad det innebär att ta det - och får ge sina synpunkter. Läkaren sammanfattar beslutsunderlaget, sedan fattar resursgruppsmötet ett gemensamt beslut om medicineringen.

Patientens och de närståendes attityder spelar stor roll för om patienten kommer att följa läkarens ordination. Närstående till personer med psykiska sjukdomar vill bli betraktade som en integrerad del i vårdlaget. De har ju värdefulla inblickar i patienternas liv. En del personer i patientens sociala nätverk kan ha åsikten att ingen medicin ska tas under lång tid. Några patienter tycker inte att de är sjuka och vill därför inte ta medicin. En annan attityd är att personer som behöver medicin har svag karaktär. Somliga har åsikten att man ska bli frisk med hjälp av rätt kost och träning. Därför beslutar man på resursgruppsmötet om vad olika personer ska göra för att stödja brukaren så att han eller hon verkligen tar läkemedlet. Patienten behöver också hjälp att ställa in rätt dos.

Det blir vanligtvis läkarens eller case managerns uppgift. Slutligen antar man på mötet en plan för vad man ska göra om det nya läkemedlet leder till en försämring i patientens hälsotillstånd.

Att ta ett läkemedel under lång tid är komplicerat. Man behöver vara motiverad både med förnuft och känsla. Det behövs mycket stöd för att följa det gemensamma beslutet om läkemedelsbehandling. På nästa resursgruppsmöte tre månader senare utvärderar man resultatet av läkemedelsbehandlingen. Då kan man ha nytta av skalor för att skatta symtom, biverkningar och motivation. Man jämför utfallet med de mål som man ville uppnå med läkemedelsbehandlingen. I bästa fall finner man att den nya medicinen i huvudsak medfört fördelar, då beslutar man att fortsätta behandlingen. Patienten har alltid sista ordet när det gäller detta.

Under nästa tremånadersperiod gäller det att förfina rutinerna för medicinintag och att justera dosen. Man kan behöva göra regelbundna biverkningsskattningar. Man kan också använda sexstegsmetoden för problemlösning för att minimera biverkningar. Det är också viktigt att följa upp behandlingen genom att ta laboratorieprover och göra EKG och andra undersökningar. Om man på nästa möte med resursgruppen beslutar att behandlingen ska fortsätta kan det bli aktuellt att brukaren själv får börja styra dosen inom vissa på förhand överenskomna intervall.

Modul 31: Psykosociala insatser

Med psykosociala insatser menas sådana behandlingsmetoder och stödåtgärder som syftar till att förbättra en persons möjligheter att klara sig i det dagliga livet. Socialstyrelsen har gett ut nationella riktlinjer som prioriterar olika psykosociala insatser efter hur dessa har forskningsstöd och hur väl de har visat sig vara effektiva i olika miljöer. I tillägg till den psykopedagogiska insats som RACT i sig själv utgör med strukturerade metoder för problemlösning och kommunikationsträning, används i första hand de psykosociala insatser som det finns ett forskningsstöd för. När man lär sig att använda RACT som ett arbetssätt måste man även komma ihåg att specifika metoder också måste användas. Det är specialistpsykiatrins uppgift att ge sådana insatser, likväl som det är Socialtjänstens uppgift att ge de specifika insatser som de har specialkunskaper i. Insatserna som kan rekommenderas är bland annat metoder för social träning och olika metoder för psykoterapi och familjeinterventioner. De nationella riktlinjerna för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kommer att revideras och presenteras under 2017.

Samtalsterapier och olika icke-verbala terapiformer är exempel på psykosociala insatser som är vanliga i återhämtningen. Dessa kan genomföras såväl individuellt som i grupp. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ofta nytta av samtalsterapier, främst KBT. Bäst resultat når man när KBT kombineras med medicinering och andra insatser. KBT-tekniker är till nytta vid till exempel depression, ångest, fobier, tvångstankar, ihållande hallucinationer, vanföreställningar och ADHD. KBT kan dämpa de symtom som en person lider av eller göra det lättare att hantera dem.

Under senare år har man upptäckt värdet av terapier som inte använder det talade ordet som redskap i första hand. Icke-verbala terapier kan nå personer som har svårt att förstå tal och att själva uttrycka sig i tal. De icke-verbala terapierna kan använda sig av musik, dans, rörelse, massage eller bilder.

Resursgruppen fattar beslut om vilka psykosociala metoder som ska användas för att hjälpa brukaren med de specifika problem som försvårar vardagen och hindrar återhämtning. Det är CM:s sak att hålla sig informerad och insatt i de olika terapiformer som finns eller inhämta specialkunskap om detta.

Modul 32: Arbetsrehabilitering enligt Individual placement and support - IPS

IPS är den modell som i internationella studier har visat på de bästa resultaten när brukare ska söka, få och behålla ett arbete. I Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har IPS fått högsta prioritet och är därmed den metod som rekommenderas i Sverige. Arbetet enligt IPS-modellen utförs i det psykiatriska öppenvårdsteamet där det är en specialist som ansvarar för arbetsrehabiliteringen. Processen att söka, få och behålla ett arbete är en del av den sammantagna behandlingen. IPS-modellen bygger inte på omfattande bedömningar av personens arbetsförmåga utan syftar till att ge stöd åt alla med funktionsnedsättning som vill ha ett arbete. Grundtanken är även att stödet ska ges när personen önskar och är motiverad utan föregående faser av arbetsträning.

Vikten av att ha ett arbete

Självförtroendet hos brukaren stärks av att lösa och göra färdigt arbetsuppgifter. Det är alltså inte bara positivt att tjäna pengar. Arbete sätter också oftast brukaren i ett socialt sammanhang där man får arbetskamrater och där det oftast också blir lättare att hålla fast i viktiga rutiner och vanor i vardagen.

Det finns ännu inget vedertaget begrepp för vad den som utför IPS ska kallas. Ingen enskild yrkesgrupp är självskriven för uppdraget, men en högskoleutbildning inom rehabilitering, socialt arbete eller beteendevetenskap är lämplig som grund. Dessutom bör denna person ha god kännedom om psykiska funktionsnedsättningar och psykiatrisk rehabilitering. Denna IPS-specialist ansvarar tillsammans med brukaren för planering och åtgärder. Dessutom krävs ett tätt samarbete med brukarens CM, samt helst också hela resursgruppen. Denna person kan vara anställd av kommunen, landstinget eller av privata företag.

Några ord om IPS i Sverige

I Sverige får många som inte klarar sin egen försörjning till exempel sjukersättning eller försörjningsstöd, tillfälligt eller under en längre tid. Tyvärr kan den ekonomiska trygghet som en sjukersättning innebär ibland bli ett hinder då patienten återhämtar sig och återfår viss arbetsförmåga.

Det är inte många arbetsgivare som vill anställa personer som inte kan visa att de har arbetsförmåga. Brukare, som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning har varit borta från arbetsmarknaden en längre tid, kan därför ha svårt att få ett lönearbete.

Då är det enklare att få en praktikplats på den öppna arbetsmarknaden. Ingen lön utbetalas, men patienten får däremot en möjlighet att visa och träna sina färdigheter på en riktig arbetsplats. Brukaren har kvar den ekonomiska tryggheten i form av ersättning från Försäkringskassan eller försörjningsstöd från Socialtjänsten. Praktik, som båda parter anser fungerar bra, kan efter en tid leda till anställning. Praktikplatsen kan då fungera som en brygga mellan bidragsberoende och att få en anställning med lön.

För att IPS ska fungera behövs goda kunskaper om de olika aktörernas roller och ansvar, aktuella regelverk och vilket utbud av insatser som finns att tillgå. I en av Socialdepartementets skrivelser påtalas vikten av att arbetsgivare ska ta ett större ansvar för att anställa personer med psykiska funktionshinder.

Vilka brukare är redo för IPS?

Det är en väldigt svår fråga att svara på, men det är en fördel om personen har ordnade boendeförhållanden, någorlunda fungerande dygnsrytm samt att personen själv eller med hjälp av stöd klarar av att hålla avtalade tider. Har man dessutom sedan tidigare erfarenhet av att arbeta och inte varit borta från arbetslivet alltför länge, är även detta positiva faktorer.

De åtta grundprinciperna i IPS

Det är viktigt att IPS åtta grundläggande principer styr insatserna. De kan vid första anblicken verka vara enkla att följa, men den praktiska tillämpningen är ofta komplex. Arbetet med IPS beskrivs utifrån de åtta principerna här nedan:

1. Målet är arbete på den öppna arbetsmarknaden.
2. Insatserna integreras i resursgruppens planering.
3. Patienter som vill arbeta är alltid välkomna till IPS.
4. Information om ekonomi, försörjning, bidrag och lagar ska ges.
5. Brukarens val, intressen och erfarenheter styr insatser.
6. Arbetssökandet startar så tidigt som möjligt.
7. Individanpassat stöd ges så länge brukaren vill.
8. Ett systematiskt arbetssätt krävs för att etablera goda kontakter på arbetsmarknaden.

Kommentarer kring dessa åtta punkter

I början träffas brukaren och den som arbetar med IPS ofta, både för att följa upp på arbetsplatsen och utanför. Då finns möjlighet att tala om hur det går på arbetet och att tala om eventuella problem eller oro. Det kan finnas speciella strategier som brukaren behöver träna på för att bättre klara olika situationer eller personer på arbetsplatsen.

I vissa fall kan brukaren behöva kompletterande insatser som till exempel KBT-strategier, mindfulness eller social färdighetsträning. En del av dessa insatser kan med fördel tränas på eller genomföras i resursgruppen.

En sak som kan förbättra möjligheterna att klara ett arbete är om brukaren vågar tala med chef och arbetskamrater om sin sjukdom och sina behov. De som vågar tala om detta får oftast ökad förståelse och kan få stöd i arbetet.

Det har visat sig att även stöd från närstående eller från resursgruppen gör att brukare behåller sina arbeten under längre tid. En närstående är oftast en resurs som kan hjälpa till vid till exempel bristande motivation och som kan hjälpa till att hålla modet uppe när det känns motigt. Om närstående saknas eller om man har ett begränsat nätverk kan det vara positivt att få stöd från en person som själv har erfarenhet av psykisk sjukdom och som har återhämtat sig. Dessa kallas kamratstödjare eller brukarcoacher.

Det är viktigt att utvärdera IPS

Programtrohetsskalan ”Supported Employment Fidelity Scale” (SEFS) är utarbetad för att följa upp och säkerställa att arbetet med IPS utförs i enlighet med modellen. Denna skala kan även användas i det dagliga arbetet med IPS.

Modul 33: Tekniska hjälpmedel

Inledning

I Sverige har vi under lång tid kunnat få hjälpmedel för att kompensera olika funktionsnedsättningar. Det har rört sig om rullstolar, sängliftar, toastolsförhöjningar, hörapparater och mycket annat och det är inte så svårt att förstå varför de kan vara bra eller vad de ska användas till. Men om funktionsnedsättningen är svår att se eller svår att förstå och sätta sig in i, som de psykiska funktionsnedsättningarna kan vara, då är det inte så självklart varför och hur de ska användas. Inom psykiatri finns ingen tradition att förskriva hjälpmedel och det har heller inte utvecklats specifika hjälpmedel för denna grupp förrän under senare år. Hjälpmedel av olika slag kan kompensera när förmågan att klara vardagen är nedsatt eller har gått förlorad.

Vad är ett hjälpmedel?

Det är landstingen och kommunerna som har skyldighet att erbjuda och tillhandahålla hjälpmedel enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Det är en ramlag, vilket innebär att landsting och kommuner själva beslutar om vissa regler, eventuella avgifter och vilka produkter som ska ingå i sortimentet. Det ser alltså något olika ut beroende på var i landet man bor. Lagen omfattar hjälpmedel som fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av annan person ska kunna:

- Tillgodose grundläggande personliga behov som att klä sig, äta, sköta sin hygien med mera.
- Förflytta sig.
- Kommuniera med andra.
- Fungera i hemmet och i sin närmiljö.
- Orientera sig.
- Sköta vardagslivets rutiner i hemmet.
- Gå i skola.
- Delta i fritids- och rekreationsaktiviteter.

Hjälpmedel för vård och behandling.

Ett hjälpmedel för en person med psykiska funktionshinder kan vara allt ifrån en enkel whiteboardtavla, där man antecknar viktiga saker som man inte ska glömma, till en avancerad elektronisk kalender. Det väsentliga är att hitta lösningar som hjälper personen med det som är svårt att klara, utifrån de mål som personen har. Hjälpmedlet kan behövas för att underlätta aktiviteter i hemmet, på arbetet, i skolan eller på fritiden. Ibland behövs hjälpmedlet i alla dessa sammanhang.

Ett tekniskt hjälpmedel överbryggar hinder och kompenserar för brister. Men erfarenheten visar att det också får personen att träna på uppgifterna. Man lär in en struktur eller en strategi som underlättar vardagen och efter en tid kan hjälpmedlet bli överflödigt. Därför bör hjälpmedel alltid finnas med som ett komplement eller som en alternativ åtgärd när man planerar rehabiliteringsinsatser.

Det kan vara svårt att veta exakt vad som orsakar aktivitetsproblem för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Vi vet att personer med psykossjukdomar har kognitiva svårigheter, men de kan även besväras av rösthallucinationer och vanföreställningar samt oro och ångest. Allt detta tillsammans påverkar förmågan att utföra dagliga aktiviteter. Alla har vi väl i perioder haft extra stort behov av vår mobiltelefon, papperskalender eller dator som stöd för minne och planering utan att fundera särskilt mycket över det. Huvudsaken är att det basala i vardagen fungerar.

Kognitiva stödåtgärder behöver inte bara vara hjälpmedel som förskrivs utan omfattar även andra åtgärder. Det kan vara miljöanpassning, både anpassning i fysisk och i psykosocial miljö, information och utbildning om psykiska funktionshinder till anhöriga, vänner och/eller arbetskamrater eller hjälp att strukturera och tydligt märka ut saker i hemmet eller i arbetsmiljön. Det kan också vara att få mer kunskap om hur man kan utnyttja en teknik som man redan har tillgång till, som mobiltelefon, internetbank eller autogiro.

Vilka problem upplever då personer med psykiska funktionshinder att de har? Från en intervju av en grupp patienter som ingick i arbetsinriktad rehabilitering framkom följande svårigheter:

- Tidsuppfattning
- Minne
- Koncentration
- Planering
- Passa tider
- Ta initiativ
- Att orientera sig geografiskt
- Kommuniera med andra
- Sömnproblem
- Trötthet
- Ångest och oro

Vad kan ett hjälpmedel ge?

- Begriplig information
- Struktur
- Överblick över planering
- Tillbakablick
- Tidsuppfattning
- Påminnelse
- Igångsättning
- Avslutning
- Trygghet och säkerhet
- Känsla av sammanhang
- Känsla av kontroll

Förskrivning

Det är framför allt arbetsterapeuter som bedömer behovet av och förskriver hjälpmedel. Även annan sjukvårdspersonal, till exempel logopedier och sjuksköterskor, kan ibland förskriva. Finns det en arbetsterapeut i det psykiatriska teamet kan hon/han förskriva hjälpmedlet, annars kan teamet vända sig till en arbetsterapeut i kommunen eller i den primärvård där patienten hör hemma. Man kan också vända sig till Hjälpmedelscentralen för att få råd och information om hjälpmedel.

Först bedömer man behovet av insatser. Vilka problem och svårigheter har personen och vilka konsekvenser innebär det? Vilka är individens mål? Arbetsterapeuten gör en kartläggning med hjälp av skattningar och intervjuer. Ofta kan hembesök ge mycket information om hur personen har det, och många gånger är närstående eller boendestödjare en viktig resurs. De kan också vara ett stöd i användandet av ett förskrivet hjälpmedel. Användaren ska ha ett aktivt inflytande i processen.

Ett lämpligt hjälpmedel väljs ut, anpassas och provas. Personen bör först låna hjälpmedlet och pröva om det fungerar som det stöd som det är tänkt. Nästa steg är att instruera, träna och ge information. Förskrivaren måste sedan följa upp och utvärdera vilken funktion och nytta personen har av hjälpmedlet. Ett hjälpmedel lånas med nyttjanderätt så länge personen behöver det. Om behovet upphör lämnar man tillbaka det.

På Hjälpmedelscentralen finns personal som kan konsulteras för information eller anpassning av ett hjälpmedel. Hjälpmedelskonsulterna är experter på olika hjälpmedelsområden, de kan bland annat utbilda förskrivare och användare om nya produkter och om hur förskrivningsprocessen ska gå till.

Hjälpmedelscentralerna har ansvar för urval av sortiment, inköp, lagerhållning och reparation av hjälpmedel för landsting och kommuner.

Exempel på hjälpmedel och anpassningar

Anpassning av hemmet

Utan hjälp att strukturera dagen blir vardagen kaotisk för många med psykiska funktionshinder. De kan behöva hjälp med att vakna och komma upp på morgonen, passa tider, komma igång med aktiviteter, laga mat, städa och med att hålla ordning hemma. Genom att märka skåp och lådor blir det lättare att hålla reda på var saker ska förvaras. Med färre prylar blir bostaden mer lättstädad. Ett sätt att begränsa disken är att inte ha fler tallrikar, glas och bestick än nödvändigt.

Timstock och Time Timer

Klockan är en abstrakt måttstock på tiden som kan vara svår att förstå för personer med en nedsatt kognitiv funktion. De kan behöva mer hjälp med att veta när de ska börja, hur länge de ska hålla på och när de ska sluta med en aktivitet.

Timstocken visar på en horisontell linje hur tiden går, och hur mycket tid som är kvar av en bestämd tidsperiod. En rad med lysdioder slocknar allt eftersom tiden går, och räknar på så vis ner mot ett klockslag då något ska inträffa eller avslutas. Timstocken finns i fyra versioner för olika tidsperioder upp till 80 minuter. Klisterlappar i färger som motsvarar de fyra olika tidsperioderna markerar startknappar. De kan dessutom användas för att markera aktiviteter på ett schema som gör det lättare att strukturera dagen. ”Time Timer” liknar en vanlig analog klocka, som visuellt visar hur mycket tid som återstår.

Recording Keychain

På denna nyckelring kan man lätt spela in ett kort röstmeddelande som kan vara bra när man behöver komma ihåg småsaker. Det kan till exempel vara en påminnelse om portkod, nummer på bussen man skall ta, eller att man kommit ihåg att stänga av spisen.

Bolltäcke och kedjetäcke

Den som har en psykisk funktionsnedsättning kan känna sig otrygg. Den stress och oro som då ofta blir följderna kan lindras med ett boll- eller kedjetäcke. Täcket omsluter kroppen med sin tyngd och stimulerar beröringssinnet med de insydda bollarna/kedjorna. Kroppen slappnar av och det går att komma till ro. Många som har haft svårt för att få någon längre stunds vila kan få hjälp att komma till en längre sammanhängande sömn.

Bolttäcket fungerar inte lika bra för de som är mycket oroliga. Om stressnivån är hög kan täcket upplevas för varmt eller att beröringen blir för stark och då kan det vara svårt att slappna av.

Det finns även bollvästar som bygger på samma princip.

Shake Awake

Den som lever med psykiska funktionsstörningar kan ha svårt för att vakna och komma upp i tid på morgonen. När en vanlig väckarklocka inte räcker till kan man prova med ”Shake Awake Jumbo” med kuddvibrator. Klockan har en stor lättläst digital urtavla och kan ställas in på hög volym, med blinkande ljus. Till klockan hör en dosa med en vibrator som kan läggas under kudden eller madrassen. Dosan vibrerar samtidigt som ringsignalen ljuder.

Medicindosett

För att komma ihåg vilka mediciner man ska ta och när de ska tas finns olika typer av dosetter med påminnelsefunktioner.

Handi

Handi är ett tids- och planeringshjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Den är ett flexibelt stöd för den som har problem med tidsuppfattning, struktur, planering och minne. Den har även ett självhjälpssverktyg för att hantera sjukdomssymtom, ge instruktioner kring avslappning och ge tips på hur man kan lösa problem.

Modul 34: Kroppslig hälsa och livsstil

Personer med svåra psykiska sjukdomar har oftare än andra allvarliga kroppsliga sjukdomar som till exempel hjärtsjukdomar, högt blodtryck och diabetes. Metabola faktorer (ämnesomsättningsfaktorer) kan öka riskerna för att allvarliga kroppsliga sjukdomar uppkommer. Riskfaktorer är bristfällig kost, avsaknad av fysisk träning, rökning, drogmissbruk, begränsad tillgång till medicinsk vård och samordning, ekonomiska svårigheter, biverkningar av mediciner som exempelvis viktökning, otillräcklig egenomvårdnad och stress.

Viktökningar kan ibland hänföras till läkemedel mot psykossjukdomar. En av ohälsokonsekvenserna är diabetes. Diabetes är vanligare hos personer med psykossjukdom än hos andra. Andra konsekvenser av övervikt är för höga blodfetter, hjärt-kärlsjukdomar, stroke och vissa cancerformer. För att bedöma och följa viktförändringar är BMI-skalan (Body Mass Index) vanlig och användbar. BMI räknas ut som förhållandet mellan längd och vikt hos en person. Normalt BMI brukar ligga mellan 18 och 24.

När kroppsliga sjukdomar har utvecklats kan det bli nödvändigt med remiss till specialistmottagningar. Med tanke på riskerna för allvarliga kroppsliga sjukdomar så är vissa undersökningar viktiga både när läkemedelsbehandling skall påbörjas och vid årliga hälsoundersökningar. Både mätning av blodtryck, midjemått och EKG samt kontroll av blodprover bör göras. Om det finns metabola riskfaktorer eller om brukaren har en känd kroppslig sjukdom bör man i resursgruppen överväga att besluta om att vidta åtgärder.

Den kroppsliga hälsan hos personer med psykiska sjukdomar är tyvärr inte sällan försummad inom både landstingpsykiatrins öppenvård och inom primärvården. Ett krav är att personer med psykiska sjukdomar skall ha rätt till minst lika god vård som befolkningen i allmänhet.

Modul 35: Insatser vid akut kris

Hembaserad krisintervention

Krisintervention startas:

1. När brukaren inte längre klarar att hantera den stress eller de påfrestningar som han eller hon utsätts för och risk för försämring föreligger.
2. När inte heller närstående eller personer i resursgruppen klarar av att minska stressen eller påfrestningen för brukaren.
3. När situationen bedöms som akut, det vill säga när andra pågående behandlingar och insatser inte räcker till och man snabbt, oftast samma dag, måste ta till intensifierade insatser.
4. När bedömningen är att det kan krävas tätare kontakter mellan CM och brukare samt närstående och/eller deltagare i resursgruppen.

Exakt hur krisinterventionen genomförs är beroende av olika faktorer, främst hur brukare och närstående mår, men även vilka orsaker som ligger bakom krisen. Krisinterventionen genomförs med fördel i personens hem.

Metodik vid hembaserad krisintervention

Att en person med psykisk sjukdom hamnar i ett krisläge kan bero på flera olika faktorer som till exempel relationsproblem eller att allvarliga sjukdomssymtom kommit tillbaka. Det vanliga är att CM får reda på läget genom att antingen patienten eller de närstående hör av sig. Det bästa sättet att få en helhetsbild över situationen är genom hembesök. Det kan även vara en fördel att redan i början av krisinterventionen ha med närstående eller resurspersoner. Tanken är att metodiken för krisintervention som beskrivs här sker under ett hembesök som ibland kan få ta lite längre tid än vad som vanligen läggs på en intervention. Räkna med att det kan ta två till tre timmar innan en analys av läget är fullbordad.

FACT är en arbetsmetod för att synliggöra en patient i kris. Det är viktigt att se till att patienten anmäls till FACT-tavlan om en sådan metodik används.

1. Gör en analys av problemet eller krisen

- Vad är det viktigaste problemet eller svårigheten just nu? Skilj på brukarens problem och andras problem som beror på brukarens symtom/beteende.
- Intervju med brukare och närstående/resursgrupp: Vad har hänt? Vad har förändrats?
- Försök att få fram en detaljerad beskrivning av upplevelse/symtom eller reaktioner på symtom och vad som har utlöst det hela.
- Koncentrera intervjun på det viktigaste problemet/symtomet. Det kan ibland vara en fördel att dessa samtal görs individuellt, börja i så fall med brukaren.

2. Fördjupad analys

- Vilka symtom har ökat (eventuell skattningsskala)?
- Har nya symtom tillkommit?
- Rör det sig om ett nytt tillstånd (exempelvis pålagrad depression eller kris)?
- Utse målsymtom, alltså det viktigaste symtomet att ta tag i direkt.
- Analys av risk för våld och suicid.
 - Tidigare våld eller självmordshandlingar?
 - Finns planering eller hot om våld och suicid?
- Hur hanterar personen problemet eller krisen idag? För- och nackdelar med det som redan görs?
- Resurser i form av personer, krafter kvar, hoppfullhet, tid, tidigare goda erfarenheter av att hantera liknande situationer, kunskap?
- Aktuell medicinering.
 - Inställning till medicinering, aktuellt intag och dess effekter (och biverkningar)?
 - Närståendes attityd till den aktuella medicineringen: kunskap och hur de uppfattar effekter, såväl positiva som icke-önskade.

3. Analys av brukarens, resursgruppens/närståendes samt personalens aktuella belastning.

- Är situationen i hemmet en allvarlig belastning för brukare och/eller närstående?
- Finns det tillräckligt stöd i nuläget?
- Bidrar miljön i bostaden till att lindra eller till att försämra tillståndet?
- Skulle en förflyttning av personen förbättra situationen för alla?

4. Vad skall mätas och hur?

- Vanligast att tätt följa upp är sömn eller symtom. Använd gärna en skattningsskala eller improvisera fram något sätt att mäta tillsammans.

5. Åtgärder

- Anmäl till FACT-tavlan.
- Använd problemlösningsmetoden vid behov.
- Åtgärder som kan bli aktuella är till exempel ökad medicinering, ständigt sällskap, ökad motion, regelbundna måltider.
- I idealfallet finns redan en krisplan som gjorts upp i resursgruppen i ett lugnt skede och denna kan nu aktiveras.
- Någon eller några åtgärder kan säkert göras direkt. Andra åtgärder måste planeras.
- En krisplan upprättas, denna bör vara skriftlig och detaljerad. Vem ska göra vad och när ska det göras?
- Sammanfatta krisplanen för patienten och resursgruppen.
- Fråga om den stämmer och komplettera vid behov.

I arbetsblad nr 29 finns ett exempel på hur en fritt utformad handlingsplan/krisplan kan se ut. Gör inte något som brukare och närstående/resursgrupp själva kan genomföra.

Modul 36: När livet inte verkar vara värt att leva

Personer som lider av svår psykisk sjukdom som depression, schizofreni eller svår ångestsjukdom är mer benägna att ta sitt eget liv än andra människor. Risken är särskilt hög om man har depressionssymtom. Depressionen gör också att man ser problem som mycket värre än de faktiskt är; ångest och sömnproblem förvärrar problemen och gör att man inte kan tänka lika klart som annars.

En annan riskgrupp är människor som möter svåra livsproblem. De kan känna samma slags intensiva hopplöshet som den svårt deprimerade gör. Det kan handla om att man förlorat jobbet, att en viktig relation tagit slut, att någon närstående dött, att man blivit anhållen för ett brott eller att man drabbats av en obotlig och smärtsam sjukdom.

Faktorer som ökar risken för att ta sitt eget liv:

- Manligt kön
- Att leva ensam
- Arbetslöshet
- Nyligen inträffade förluster som att någon nära har gått bort
- Att en relation tagit slut
- Misslyckanden i affärer eller studier
- Obotliga hälsoproblem
- Svåra psykiska sjukdomar
- Alkohol- och drogmissbruk
- Tidigare självmordsförsök
- Att nyligen ha varit vårdad på psykiatrisk klinik
- Höga förväntningar på livet som inte infrias

Att bedöma självmordsrisk

Det är mycket svårt att korrekt bedöma om en person verkligen kommer att ta sitt liv. Att någon uttrycker tankar om att livet känns meningslöst eller att man funderat på självmord räcker inte för att omedelbart föreslå att personen ska läggas in på sjukhus, men ska heller inte ignoreras eller slås bort. Ett sätt att gradera tankar och impulser är den så kallade självmordsstegen:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. Nedstämdhet/hopplöshet | 6. Självmordsförsök |
| 2. Dödstanke | 7. Självmordsplaner |
| 3. Dödsönskan | 8. Självmordsförberedelser |
| 4. Självmordstanke | 9. Självmordsavsikt |
| 5. Självmordsönskan | |

Det är viktigt att fråga om alla stegen ifall personen svarar ja på frågorna eller om det i samtalet verkar som att personen inte helt vågar svara rakt ut vad han eller hon tänker.

Det finns flera olika skalor för att skatta risk för självmord, men det är viktigt att tänka på att en skala inte ersätter ett bedömningssamtal av någon som känner personen väl. Vad närstående uttrycker är alltid viktigt att beakta.

Att arbeta med självmordstankar i resursgruppen

Om en person känner att livet är hopplöst och många av riskfaktorerna föreligger bör följande omgående genomföras av case managern och psykiatriläkaren:

- CM gör en detaljerad bedömning av personens psykiska och fysiska hälsa.
- CM gör en bedömning av självmordsrisken.
- Psykiatern ska bedöma självmordsrisken. Detta sker vanligen på ett möte där även personens närmaste nätverk är med.
- CM och psykiatriläkaren ser till att både psykiska och fysiska sjukdomar får effektiv medicinsk behandling.
- Om det bedöms föreligga en ökad självmordsrisk så ser man till att någon yrkesperson eller medlem av resursgruppen finns med personen dag och natt. Om det inte finns någon sådan person blir det vanligtvis nödvändigt att ordna med inläggning på sjukhus.
- CM måste se till att saker som personen skulle kunna använda för att ta sitt liv inte är tillgängliga. Det gäller skarpa knivar, rakblad, vapen, all medicin som inte används, förråd av alkohol och droger, farliga rengöringsmedel och andra giftiga kemikalier.
- Medicin som behövs för att bota depression, lindra ångest eller motverka sömnlöshet skrivs ut i små doser. Noteringar om självmordsrisken görs i patientens journal, så att andra läkare blir informerade.
- Varje dag ska någon lämplig person fråga brukaren om känslorna av hopplöshet och om tankar på självmord.

Modul 37: Bättre tvångsvård - Samarbete för att minska behovet av tvång

Återfall i psykos är vanligt. Under psykosen kan sjukdomsinsikten gå förlorad, vilket ofta leder till att tvångsvård blir oundviklig. Att insjukna i psykos och bli intagen för tvångsvård kan av många patienter upplevas som skrämmande. Det kan resultera i att patienten blir traumatiserad och stigmatiserad. Negativa vårderfarenheter kan försvåra återhämtningen och resultera i att patienten vid tidiga tecken på försämring drar sig undan i stället för att söka vård, detta av rädsla för att åter bli vårdad med tvång. Patienter behöver få möjlighet att bearbeta sina upplevelser och få dela med sig av sin kunskap och sina erfarenheter. Många patienter anser att tvångsvård och tvångsåtgärder kan undvikas genom möjligheten att lämna synpunkter på vilket bemötande som de behöver vid ett eventuellt framtida återinsjuknande.

Bemötande under akutfasfasen

Muntlig och skriftlig information till patienten kan öka insikt och nöjdhet. Till exempel är motivation inför medicinering viktig.

Åtgärder som kan förbättra relationer och allianser kan reducera upplevelser av tvång. Om det finns en Individuell samarbetsplan (ISP) kan den vara till god hjälp. Den syftar både till att förhindra tvångsvård och att ge ett gott omhändertagande om tvångsvård blir nödvändigt.

Efter akutfasfasen

För att förhindra att upplevelsen av tvångsvården blir bestående och utvecklas till ett eget problem som vid PTSD, bör patienten ges möjlighet att prata med vårdpersonal om sin upplevelse av slutenvården innan eller i samband med utskrivning. Föreligger ett traumasyndrom (PTSD) bör detta bearbetas med kognitiv psykoterapi.

När patienten har återhämtat sig från psykosåterfallet

När patienten har återhämtat sig från återfallet och känner sig redo, bör hen erbjudas att utvärdera tvångsvårdstiden och utforma en plan för hur hen vill bli bemött om tvångsvård blir aktuellt igen någon gång i framtiden. Det kan vara både obehagligt och svårt att återknyta i tankar och ord till sjukdomsperioden, patienter kan därför behöva motiveras till detta.

Ett förslag till planering av hur tvångsvården kan utvärderas

1. Utvärdering av tvångsvårdstiden

Patienten ges i en intervju möjlighet att tillsammans med sin Case manager utvärdera tvångsvårdstiden. Patienten får dela med sig av sina synpunkter på omhändertagandet.

Många patienter menar att tvångsvård och tvångsåtgärder skulle kunna undvikas om de får möjligheter att välja alternativa lösningar och om de får konkret information om vilka konsekvenser det innebär om de väljer att inte ta emot rekommenderad vård.

2. Handlingsplan vid tidiga tecken

Med stöd av resursgruppen och de synpunkter som framkommit i utvärderingen utformas en handlingsplan vid tidiga tecken på ett återinsjuknande. I planen har patienten möjlighet att göra en överenskommelse om hur situationen ska hanteras om hen inte själv uppmärksammar en försämring och behovet av vård.

3. Plan för delaktighet vid tvångsvård

Patienter som återhämtat sig och känner sig redo att prata om risken för att återinsjukna med tvångsvård som följd kan utforma en plan med önskemål om vilket omhändertagande hen behöver för en trygg och god vård vid ett eventuellt framtida tvångsvårdstillfälle.

Arbetsblad

Innehållsförteckning

Checklista utredningsfas	2
Lista över nätverk.....	3
Individuell intervju brukare	5
En vanlig dag.....	6
Nätverkskarta	7
QLS-100.....	8
Tidiga tecken	10
Bilaga Tidiga tecken	11
Intervju av resurspersoner	12
Skattning av närståendeintervju	15
Analys av närståendeintervju	16
Analys av utredningsfas (professionellas).....	17
Bilaga - Checklista utredningsfas (professionellas)	18
Analys av utredningsfas	19
Manual till arbetsbladet Min riktning	22
Min delaktighet	25
Checklista för arbetsfas.....	28
Stresshantering	29
Bilaga till arbetsbladet stresshantering	31
Be om ngt på ett positivt sätt.....	32
Aktivt lyssnade	33
Visa uppskattning	34
Uttrycka negativa känslor.....	35
Göra en kompromiss	36
Problemanalys.....	37
Problemlösning med 6-stegsmetoden	38
Kontroll av planering	40
Handlingsplan/krisplan	41
Exempel på hur handlingsplan/krisplan kan se ut ifyllt:	42
Kontinuerlig skattning	43
Kvalitetsstjärnan.....	44
Kvartalsstjärnan	45
GAF-Funktion.....	46
GAF-Symtom	47
Egen-ConSat.....	48
Egen KSI.....	51

Checklista utredningsfas

Namn: _____ Telefon: _____

Boka samtliga tider fram till och med första resursgruppsmötet

Boka tider för:	Datum		
Första träff: - Information om Integrerad Psykiatri - Kontaktuppgifter			
Intervju			
Nätverkskarta			
Närståendeintervju/er			
En vanlig dag			
QLS-100			
Tidiga tecken på försämring			
Analys av utredningsfas Bestäm personligt långsiktigt mål och delmål i Plan för personlig utveckling			

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Resursgruppsmöte							

Lista över nätverk

Brukaren

Personnummer.....

Bostadsadress.....
.....

Vistelseadress.....
.....

Telefon.....

Mobiltelefon.....

Närstående

Mor.....

Far.....

Maka/sambo.....

Barn.....

Syskon.....

Annan anhörig.....

Kommunen

Handläggare.....

Boendestödjare/hemtjänst.....

Andra stödkontakter.....
.....

Psykiatrisk vård och sjukvård

Läkare.....

Case manager.....

Kontaktperson slutenvård.....

Övrig sjukvård.....

Distriktsläkare/Vårdcentral.....

Vänner och andra aktuella

Vän.....

Vän.....

God man/
Förvaltare.....

Hyresvärd.....

Försäkringskassan.....

Arbetsgivare/arbetsrehabilitering

.....

Arbetskamrat.....

Individuell intervju brukare

Här är frågorna formulerade för brukarna. Se frågorna som en grund för egen flexibel användning.

1. Hur skulle du beskriva dina besvär?
2. Vilken diagnos har satts på dina besvär? Anser du att den är rätt?
3. Hur påverkar dina besvär ditt dagliga liv?
4. Berätta om bakgrunden till dina besvär. När började de? Varför tror du att de kom?
5. Tycker du att du har tillräckliga kunskaper om dina besvär och din behandling?
6. Varierar besvären mycket från dag till dag? Vad styr variationerna?
7. Hur är ditt känsloliv? Känner du dig som ett offer för starka känslor som styr dig?
Till närstående: Hur kan din anhöriga, det vill säga brukaren, få dig att reagera när det är som värst?
8. Hamnar du ofta i konflikter? Vad brukar de handla om?
9. Vad får dig att må bättre?
10. Vad brukar göra dig glad?
11. Säg några positiva saker om dig själv!
12. Vad har du för intressen?
13. Hur tror du att andra ser på din situation?
14. Vilka situationer eller händelser får dig att må sämre?
15. Hur märker du att du börjar må sämre? Vilka är dina tecken på försämring?
16. Vad gör du om dessa tecken uppträder?
17. Även när man mår ganska bra kan man ha vissa kvarstående problem. Har du några sådana?
18. Har du några knep för att hantera dessa kvarstående problem?
19. Vad anser du om den behandling du fått? Vilken behandling och vilket stöd har varit bra? Vad har inte hjälpt? Har något varit till skada?
20. Tar du någon medicin? Vad heter den? Vilken dos tar du?
21. Vilka fördelar ger din medicin?
22. Vilka nackdelar kan medicinen ge?
23. Hur tror du att din livssituation kommer att utvecklas? Hur har du det om fem år?
24. Vilken insats vill du helst av allt att jag gör för dig?
25. Tycker du att du fått möjlighet att uttrycka dig?

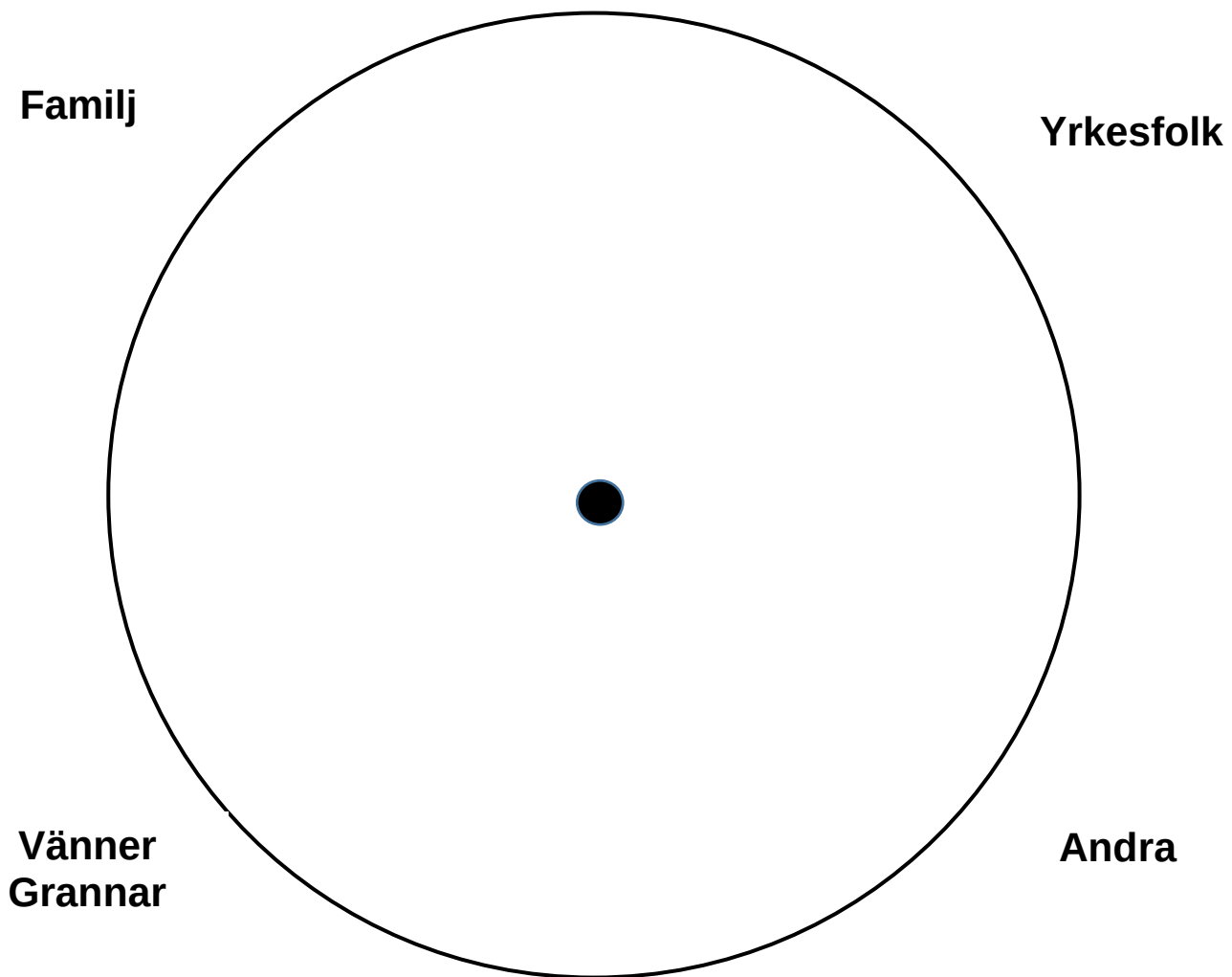
En vanlig dag

Aktiviteter	Platser	Personer
Vad brukar du göra en vanlig dag? <i>Beskriv från när du stiger upp till du går och lägger dig. Ange klockslag.</i>	Var brukar du vara på dagarna?	Vem brukar du vara tillsammans med på dagarna?
Är det något du gör idag som du skulle vilja göra längre stunder eller oftare?	Finns det någon plats du är på idag som du skulle vilja besöka längre stunder eller oftare?	Finns det någon du vill träffa oftare?
Finns det något du inte gör idag som du skulle vilja göra?	Finns det någon plats du inte är på idag som du skulle vilja besöka?	Finns det någon du vill träffa mindre ofta?
Vad hindrar dig att göra det du vill?	Vad hindrar dig att besöka de platser där du vill vara?	Vad hindrar dig att träffa dem du vill?

Nätverkskarta

Fyll i namnen på dem du känner, punkten i mitten är du.

Personer som är viktiga för dig, oavsett om de ibland ställer till besvär eller ej, sätter du närmast dig själv.



Vilka är viktiga för dig? – markera med **V**

Vilka vill du träffa oftare? – markera med ett **O**

Vilka vill du träffa mer sällan – markera med **X**

Vilka är ett gott stöd? – markera med **S**

Vilka är trevliga att umgås med – markera med **T**

Vilka är till besvär för dig? – markera med ett **B**

Ungefär hur ofta träffar du personerna du skrivit upp?

Vilka skulle du vilja ha med i din resursgrupp?

QLS-100

INSTRUKTION

Ringa in det du inte är nöjd med i ditt liv just NU

BOSTAD

Bostadens storlek
Ljus
Värme
Varmvatten
Dricksvatten
Kök
Toalett
Bad/dusch
Bostadens utseende
Lugn och ro
Avskildhet

HUSHÅLL & HYGIEN

Inköp
Kost och matvanor
Hygien
Kläder
Tvätt
Städning
Sopor

FRITID

Samvaro med människor
Teater
Hobbys
Bio
Radio
TV
Musik
Dans
Konst
Läsa tidningar
Läsa böcker
Gå på kurser
Idrott
Motion
Naturupplevelser
Resor
Semester
Trosfrågor

OFFENTLIG SERVICE

Offentliga färdmedel
Post
Telefon
Banker
Affärer

KUNSKAP & UTBILDNING

Förstå svenska
Tillgång till tidningar
Tillgång till böcker
Grundskola
Högre utbildning
Yrkesutbildning

KONTAKTER

Kontakt med mamma
Kontakt med pappa
Kontakt med sambo/make
Kontakt med barn
Kontakt med övrig släkt
Kontakt med vänner av
samma kön
Kontakt med vänner av
motsatt kön
Sexuell kontakt
Kontakt med arbetskamrater
Kontakt med personal

QLS-100

INSTRUKTION

Ringa in det du inte är nöjd med i ditt liv just NU

KROPPSLIG HÄLSA

Kroppssjukvård
Tandvård
Kroppslig hälsa

PSYKISK HÄLSA

Sömn
Psykoterapi
Psykiatrisk vård
Medicinbehandling
Eftervård

ARBETE/SYSSELSÄTTNING

Typ av arbete
Arbetsuppgifter
Arbetets innehåll
Arbetets meningsfullhet
Krav som ställs
Miljön

EKONOMI

Bidrag
Sjukbidrag/Pension
Inkomst av arbete
Utgifter

INRE UPplevelser

Inre harmoni
Glädje över livet
Kunna uppnå livsmål
Känna sig behövd
Känsla av identitet
Självförmåga
Frihet
Uppleva kärlek
Bli förstådd av andra
Kunna njuta
Ensamhet

BEROENDE

Behöva bo med andra
Behöva reshjälp
Behöva hjälp med att sköta
pengar
Behöva hjälp av släkt
Behöva hjälp av andra

YTTERLIGARE NÅGOT SOM ÄR PROBLEMATISKT?

HUR TYCKER DU ATT DITT LIV ÄR JUST NU?

Sätt ett kryss på linjen där du
befinner dig just nu

Bästa tänkbara livssituation

Sämsta tänkbara livssituation

Tidiga tecken

(Vad jag själv och andra kan göra om jag mår sämre)

Namn: _____ **Telefon:** _____

Datum för upprättande: _____

Mina tidiga tecken är:

1 _____

2 _____

3 _____

Om något tidigt tecken uppkommer, skall jag:

1 _____

2 _____

3 _____

Om andra personer upptäcker att jag visar tidiga tecken vill jag att de ska:

Kontaktuppgifter

Namn	Relation/Roll/Arbetsplats	Telefonnummer (ange ev. telefontider)

Om jag inte får tag på någon av ovanstående kontakter ska jag:

Bilaga Tidiga tecken

- Har du förlorat intresset för att göra saker?
- Har du svårt att koncentrera dig eller känner du dig störd i dina tankar?
- Har du haft mindre kontakt med din familj eller dina vänner?
- Har religion blivit mer betydelsefullt för dig än tidigare?
- Har du svårt att fatta små vardagliga beslut?
- Har du haft svårt att sova?
- Har du ändrat på dina vanor på något sätt?
- Har du känt dig spänd och nervös?
- Har du ändrat dina matvanor, eller äter mindre än vanligt?
- Har du svårt att hålla sams med din familj eller andra personer?
- Har du fått svårare att vistas med andra i grupp?
- Har du tankar på att skada dig själv?
- Dricker du mer alkohol eller röker mer?
- Tycker du att din omgivning är konstig och överklig?
- Sover du mer än vanligt?
- Tappar du snabbt intresset för saker som du tidigare tyckte var kul?
- Kan du läsa, se på TV och lyssna på musik med samma koncentration som tidigare?
- Händer det att dina anhöriga och vänner påpekar att du förändrats på något vis? Hur?

Intervju av resurspersoner

Detta är förslag på frågor till närstående eller personer som ska ingå i resursgruppen. Samtliga frågor passar inte för alla resurspersoner. Beroende på vem denna/e är varierar ni frågorna. Gå alltså INTE rakt igenom samtliga frågor, förutom när det verkligen behövs, utan välj frågor efter situation och person.

Vilka positiva egenskaper/sidor har din närstående (brukaren)?

- Vilka roliga/trevliga saker gör ni tillsammans?
- Vad gör hon/han som gör dig glad eller lycklig?

Hur ofta träffas du och han/hon? (dagligen eller mer sällan)

- Träffas ni lagom mycket? Vill du träffas oftare? Mer sällan?

Vilka svårigheter/problem tycker du att din närstående (brukaren) har?

- Vet du hur du som närstående ska förhålla dig till dessa?
- Kan du tala med din närstående (brukaren) om dessa svårigheter?
- Har du själv någon du kan tala med och få stöd?

Vet du vilken diagnos din närstående (brukaren) har?

- Vet du hur du skall förhålla dig för att hjälpa honom/henne att klara symtom/biverkningar/svårigheter bättre?
- Vad vet du om denna diagnos? Behöver du information?
- Kan du tala med din närstående (brukaren) om diagnosen?

Känner du till hans/hennes tidiga varningstecken?

- Känner han/hon själv till dessa?
- Har du varit med och tagit fram de tidiga varningstecknen?

Intervju av resurspersoner

Vad tror du att det är som orsakar försämringar eller att han/hon mår sämre?

- Vet du vad som är stressande för honom/henne? Vilka situationer, platser eller personer?
- Vad brukar du göra när detta händer? Vet du vad du ska göra eller säga?
- Ber du att få hjälpa till?

Hur kommunicerar/talar du med honom/henne?

Följande saker är vanliga hos närstående till personer med psykisk belastning:

- Känner du dig någonsin kritisk eller fientlig mot honom/henne?
- Finns kontroll eller överbeskydd hos dig? Låter du honom/henne bestämma själv?
- Förekommer dubbla budskap från din sida?
- Klarar du av att vara tydlig?

Hur uppfattar du att hon/han löser sina svårigheter/problem?

- Hur löser du och hon/han problem tillsammans?
- Kan ni tala om hans/hennes problem eller svårigheter?
- Har du några personliga/egna knep?

Vet du vilka mål, kortsiktigt och långsiktigt, hon/han har just nu?

- Vet du som närstående något om dessa mål?
- Kan du hjälpa honom/henne med dessa mål, om du känner till dem?

Vet du hur din närståendes (brukarens) medicin verkar?

- Behöver du mer information?
- Känner du till fördelar/nackdelar med medicinen?

Intervju av resurspersoner

Hur tror du att hans/hennes sjukdom eller situation kommer att utvecklas?

- Hur har han/hon det om ett år? Om fem år?
- Vad tror du att han/hon själv tror?

Det är inte ovanligt att man som närstående kan känna skuld eller skam, hur är det för dig?

Kan du vara arg/irriterad på honom/henne?

- Vågar du visa det?
- Hur tror du han/hon reagerar om du visar ilska eller irritation?

Hur är din påfrestning som närstående? (0 = ingen till 3 = svår)

- Behöver du hjälp att minska denna börda?
- Hur gör du idag för att minska bördan som närstående?

Vad önskar du för stöd av vården? Vad behöver du själv

Skattning av närståendeintervju

(Denna skattning görs av närstående)

(sätt ett X på lämpligt ställe på linjen eller kryssa i ja/nej)

1. Kunskap om personens tillstånd?

Ingen _____ Mycket god

2. Kunskap om diagnosen?

Ingen _____ Mycket god

3. Kunskap om tidiga varningstecken?

Ingen _____ Mycket god

4. Uppfattning om egen förmåga att kommunicera med personen?

Mycket dålig _____ Mycket bra

5. Kunskap om personens personliga mål?

Ingen _____ Mycket god

6. Kunskap om medicinering?

Ingen _____ Mycket god

7. Kunskap om personens förmåga att lösa problem?

Ingen _____ Mycket god

8. Känner närstående skuld till personens tillstånd?

Mycket stor _____ Inte alls

9. Känner närstående skam p g a personens tillstånd?

Mycket stor _____ Inte alls

10. Hur stor är den självupplevda bördan?

Mycket stor _____ Ingen alls

11. Vilken är attityden till att stötta och hjälpa personen?

Mycket negativ _____ Mycket positiv

12. Hur stort är det egna uttryckta behovet av stöd och information?

Mycket stort _____ Inget alls

13. Hur ofta har du som närstående kontakt med personen?

(träffar, ringer, sms:ar, mailar m m)

Varje dag _____ Högst en gång/månaden

Analys av närståendearbetsblad

(Denna skattning görs utan brukare, av case managers)

Namn på
intervjuperson: _____

Närståendes känsloklimat	Högt/Lågt	Egna kommentarer
1. Kritiska kommentarer		
2. Fientlighet		
3. Känslomässigt överengagemang (<i>oftast kontroll eller överbeskydd</i>)		
4. Positiva kommentarer		
5. Värme		
Kunskap om:	Hög/Låg	Beskrivning
6. Brukarens behandling och funktionsnedsättningar		
7. Brukarens medicinering		

Är någon av punkterna 1-3 hög behövs troligtvis undervisning, information och/eller träning i olika förmågor företrädesvis för brukare/patient och närstående tillsammans. Detsamma gäller om punkterna 6-7 är låga.

Analys av utredningsfas (professionellas)

Instruktion

1. Gör inledningsvis en professionell analys
2. Analys görs därefter med brukaren och målsättningar fastställs

1 Önskemål om förändringar	2 Resurser	3 Hinder

4 Tänkbara långsiktiga mål

Bilaga - Checklista utredningsfas (professionellas)

En del i att analysera utredningsfasen handlar om att gå igenom allt utredningsmaterial. Som behandlare identifieras sannolikt fler potentiella önskemål om förändringar, resurser och hinder än vad som framkommer i utredningsmaterialet. Detta sker ofta genom samtal med patienten och att du som behandlare observerar saker när ni träffas. Således kan det finnas goda skäl att göra en fördjupad analys utifrån patientens olika livsområden. Till sin hjälp kan man använda nedanstående checklista och föra in detta i arbetsbladet "Professionellas analys av utredningsfasen". Det blir alltså ett komplement till det som redan förts in från arbetsmaterialet i utredningsfasen.

När man ska analysera utredningsfasen kan man alltså ta hjälp av denna checklista för att se om man täckt alla livsområden, utöver det som framkommit i utredningsfasens arbetsmaterial. Utgå från varje punkt (1-3) nedan, en i sänder. För varje punkt använder man listan nedan och för in detta i "Professionellas analys av utredningsfasen". Till exempel punkt 2, "resurser": "Vad har patienten för resurser kopplat till psykisk hälsa, fysisk hälsa, nätverk, externa kontakter eller professionella osv."

- 1. Önskemål om förändring**
- 2. Resurser**
- 3. Hinder**

För att lättare få struktur och försäkra sig om man inte missar några viktiga delar kan man fundera utifrån följande områden, brukarens:

- **Psykiska hälsa**
- **Fysiska hälsa**
- **Nätverk**
- **Externa kontakter eller professionella**
- **Sysselsättning**
- **Aktiviteter/fritid**
- **ADL**
- **Övrigt**

Observera! Syftet med professionellas analys är att skapa sig en helhetsuppfattning utifrån hur du som behandlare analyserar patienten utifrån punkterna 1-3. Det innebär inte att du ska presentera allt analysmaterial för patienten

Analys av utredningsfas

(Med brukare) Utgå från En vanlig dag, Nätverkskarta, QLS-100 och Intervju.

1. Tankar om förändring	2. Vilka fördelar finns med förändringen?	3. Vad hindrar mig till förändringen?

4. Tänkbara långsiktiga mål

5.

Vid flera tänkbara långsiktiga mål – rangordna vad som är viktigast att börja med.

Avsluta med att fylla i det viktigaste långsiktiga målet i Samordnad individuell plan och formulera delmålen för de närmaste tre månaderna. Bjud eventuellt in andra viktiga personer till resursgruppsmötet om det är viktigt för att nå delmålen.

Plan för personlig utveckling

Namn _____

Datum _____

Case manager _____

Personligt långsiktigt mål: _____

Mål jag vill uppnå de närmaste tre månaderna:

1) _____

2) _____

3) _____

Utgångsläge för Mål 1-3 (hur är det nu?):

1) _____

2) _____

3) _____

Utvärdering av framsteg för Mål 1-3 (hur märker vi att det går åt rätt håll?):

1) _____

2) _____

3) _____

Uppgifter för resurspersoner:

Var god vänd för godkännande med namnteckning!

Plan för personlig utveckling

Planen är diskuterad och gemensamt beslutad på resursgruppsmötet

den _____

Utvärdering görs på nästa resursgruppsmöte den _____

Brukarens godkännande genom egenhändig namnteckning:

Ort och datum _____

Namnteckning _____

Manual till arbetsbladet Min riktning

Riktning kan vi inte nå fullt ut, utan det jobbar vi med hela livet.

Mål är konkreta och kan uppnås eller inte uppnås.

Genom att fylla i Min riktning uppmanar vi brukaren att våga drömma och hoppas. *"Om jag fick önska vad jag ville, hur vill jag ha det då?"*

Utgå från de fyra områdena tillsammans med brukaren och tänk att hen kan önska vad hen vill för att få just det området att bli fullkomligt. Sätt inte upp det som ett mål utan fundera istället hur hen skulle vilja ha resten av sitt liv.

Vi som personal ska inte sluta fråga utan istället ställa följdfrågor och vara nyfikna på hur brukaren tänker.

Exempel:

C-M: Om du fick önska vad du ville kring relationer, vad skulle du önska då?

B: Jag skulle önska att jag inte var ensam så ofta utan hade någon vän att prata med ibland.

Riktning kan då bli var jag kan träffa vänner och hur.

C-M: Om du fick önska vad du ville under personlig utveckling/hälsa, vad skulle det vara då?

B: Jag skulle vilja orka mer, jag skulle vilja kunna gå en långpromenad med min kompis.

Riktningen skulle då kunna vara att lägga upp en plan hur jag skulle kunna stärka min kondition.

Identifiering av min riktning (Det jag vill bli mer tillfreds med)

Del 1: Titta på piltavlan innan du börjar fylla i skattningen. Börja fundera på vad som är viktigt för dig inom varje område. Hur skulle du vilja ha det? Det här blir din riktning som du alltid kan utvecklas mot.

Arbete/utbildning/sysselsättning _____

Fritid _____

Relationer _____

Personlig
utveckling/hälsa _____

Utgå från de riktningar du skrivit upp, mitten på piltavlan är precis så som du vill ha det. Färglägg den delen på piltavlan där du befunnit dig de senaste två veckorna inom varje område.

Del 2: Beskriv vad som hindrar dig inom varje område från att vara i mitten på piltavlan.

Uppskatta i vilken utsträckning de hinder du beskriver styr ditt liv just nu.

1 = inte alls, 7 = helt och hållet

Arbete/utbildning/sysselsättning:	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

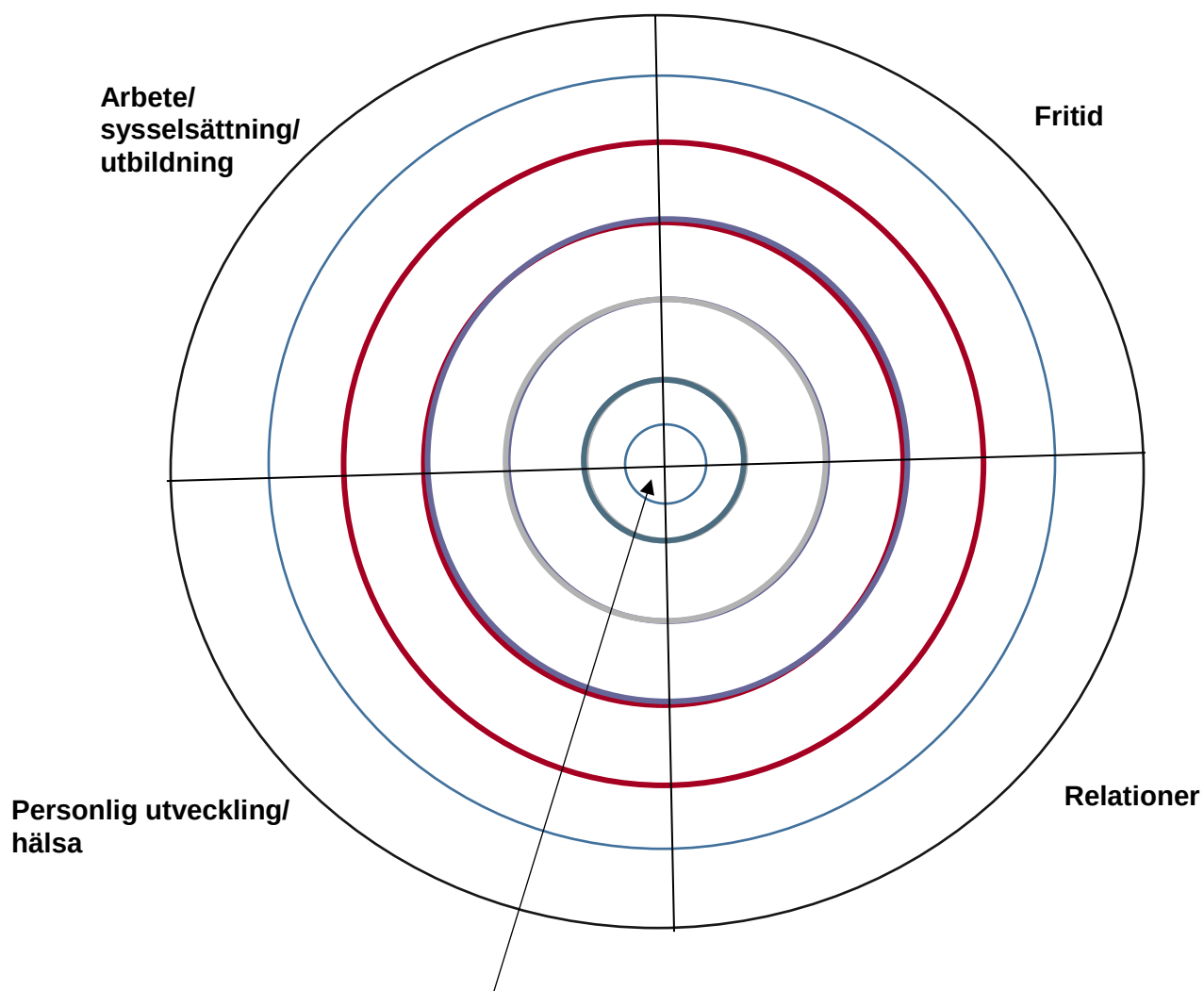
Fritid:	1	2	3	4	5	6	7
---------	---	---	---	---	---	---	---

Relationer:	1	2	3	4	5	6	7
-------------	---	---	---	---	---	---	---

Personlig utveckling/hälsa:	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Del 3: Vad känns viktigast att börja med just nu? Skriv upp det i din personliga utvecklingsplan. Tänk på saker som du kan göra i din vardag som skulle innebära att du rör dig mot mitten på piltavlan.

Jag lever inte alls enligt mina värderingar



Jag lever helt enligt mina värderingar

Min delaktighet

Namn:

Datum:

1. Vilka är med i din resursgrupp?

2. Har du själv fått välja resursgruppsmedlemmar?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

3. Vilka mål har du satt upp i din Personliga utvecklingsplan?

4. Har du själv fått bestämma dina personliga mål?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

5. Är du överens med din case manager om dina mål?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

6. Är det tydligt för dig vem som gör vad i din Personliga utvecklingsplan?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

7. Har du fått hjälp av din case manager att förbereda dig inför resursgruppsmöten?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

8. Vilka är dina tidiga tecken på försämring?

9. Har du själv fått bestämma vad du ska göra om du får några tidiga tecken på försämring?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

10. Har du fått bestämma vad andra ska göra om du får tidiga tecken på försämring?

Inte alls _____ Helt och hållet

Ev. kommentar: _____

Instruktion till utvärdering av Min delaktighet

Denna utvärdering skall användas i syfte att så långt det är möjligt öka brukarens/patientens delaktighet i arbetsmetoden RACT.

Utvärderingen sker tillsammans med Case managern och brukaren/patienten.

Vissa frågor innehåller en skala från 0 till 10. Om brukaren/patienten skattar lägre än 10 skall en diskussion föras kring vad brukaren/patienten skulle vilja att vi tillsammans kan korrigera/ändra för att det ska bli så bra som möjligt.

För nya brukare/patienter görs utvärderingen i samband med eller strax efter första resursgruppsmötet.

Utvärderingen kan sedan göras fortlöpande 1 gång/år, eller efter behov

Utvärderingen behåller brukaren/patienten i sin egen pärm hemma hos sig.

Utvärderingen skall endast användas som ett stöd eller ge en fingervisning om att Case managerna och brukaren/patienten har en samsyn kring de centrala komponenterna i RACT. Utvärderingen kommer inte att samlas in eller användas i några andra sammanhang.

Grundförutsättningen för att göra utvärderingen är att brukaren/patienten ger sitt samtycke till att utvärderingen utförs.

Checklista för arbetsfas

Insatser:	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Plan för personlig utveckling						
Tidiga tecken						
Psykopedagogisk undervisning						
Social färdighetsträning						
Stresshantering						
Kommunikationsträning						
6- stegs problemlösning						
Brukarens utvärdering "Min delaktighet"						

Övriga insatser/strategier	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Läkemedelsgenomgång						
Hälsoundersökning						
Livsstil						
Hemuppgifter						

Stresshantering

Situationer jag kan bli stressad av:

Platser jag kan bli stressad av:

Personer jag kan bli stressad av:

Vad kan jag göra för att undvika/klara av stress?

Stresshantering

Vad kan andra personer göra för att hjälpa mig i stressiga situationer?

Övrigt:

Bilaga till arbetsbladet stresshantering

1. Inled med en diskussion om vad som kan vara utlösande faktorer och påföljande konsekvenser för stress hos var och en i resursgruppen.
2. Gå i tur och ordning igenom situationer, platser och sist personer som kan vara stressande för var och en. Följ Checklista för att identifiera stress nedan:

Checklista:

- Har du några problem idag i ditt boende?
 - Har du en daglig sysselsättning du trivs med?
 - Har du den senaste tiden varit utsatt för någon jobbig separation?
 - Har du eller någon i din närhet missbruksproblem?
 - Tycker du att du eller någon närstående har för höga krav eller förväntningar på dig?
 - Har du den senaste tiden varit utsatt för någon större oväntad förändring i ditt liv?
 - Tycker du att någon varit alltför kontrollerande mot dig den senaste tiden?
 - Har någon varit kritisk eller överbeskyddande mot dig senaste tiden?
3. Gå därefter igenom vad var och en gör för att minimera stress. Hur fungerar det man redan gör? Vad kan man eventuellt göra mer?
 4. Läs igenom förslagen på arbetsbladet Förslag på saker som kan minska stress. Vad passar?
 - Motion
 - Våga eller orka säga nej
 - Vila en stund på dagen
 - Samtal med någon annan om stress
 - Skriva kom-ihåg-listor
 - Spela eller lyssna på musik
 - Planera positiva saker som man kan se fram emot
 - Vara i naturen
 - Diskutera ditt veckoschema med någon
 - Ha husdjur
 - Gå på bio, konsert eller teater
 - Börja med någon skapande verksamhet t ex att måla
 - Gå på promenader
 - Läs böcker
 - Göra avslappningsövningar
 - Ringa någon du gillar varje dag
 - Laga god mat tillsammans med andra du gillar eller åt någon annan
 - Delta i studiecirkel eller liknande
 - Göra något som kan glädja andra

Ge enskilda personer i hemuppgift att tillsammans diskutera igenom det ni kommit fram till, eller vad som behövs för att eventuellt lösa problem innan alla känner sig nöjda.

BE OM NÅGOT PÅ ETT POSITIVT SÄTT:

1. Se på personen.
2. Säg tydligt vad du vill att den andra personen skall göra.
3. Tala om hur det kan få dig att känna dig (glad, nöjd mm).

Aktivt lyssnade

AKTIVT LYSSNANDE:

1. Se på personen som talar.
2. Nicka eller säg "mmm".
3. Ställ någon liten fråga.
4. Spegla (sammanfatta kort) vad den andra personen har sagt.

Visa uppskattning

VISA UPPSKATTNING:

1. Se på personen.
2. Säg klart vad det var som du uppskattade.
3. Berätta kort hur det känns.

UTTRYCKA NEGATIVA KÄNSLOR: (ilska, besvikelse, irritation)

1. Se på personen.
2. Tala långsamt och tydligt.
3. Säg klart vad det var som du reagerade på.
4. Berätta hur det fick dig att känna dig.
5. Ge ett förslag på hur den andra personen kan undvika för att upprepa sitt misstag.

GÖRA EN KOMPROMISS:

1. Lyssna till den andra personen.
2. Sammanfatta kort det som han eller hon sade (för att visa att man lyssnar).
3. Förklara vad du själv tycker.
4. Föreslå en kompromiss

Ett sätt att hitta en lämplig kompromiss är att använda 6-steps problemlösning

Problemanalys

PROBLEM: Vad är problemet? Hur ofta inträffar det? Hur länge varar det? Hur störande är det?

KORT BAKGRUND:

HÄNDELSE SOM FÖREGÅR: Vad händer just innan problemet börjar? Befinner du dig på vissa platser, i vissa situationer eller är med vissa människor? Tankar eller känslor?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

KONSEKVENSER: Vad händer just efter det att problemet börjat? Har du några särskilda tankar eller känslor? Vad gör de andra? Hur reagerar andra människor?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

FAKTORER SOM PÅVERKAR: Vad tycks förbättra problemet? Vad gör att det är mindre troligt att problemet uppkommer? Gör en lista på alla alternativ utan att diskutera!

Vad tycks förvärra problemet? Vad gör att det är mer troligt att problemet uppkommer? Gör en lista på alla alternativ utan att diskutera!

FÖRDELAR OCH SVÅRIGHETER NÄR DETTA PROBLEM ÄR LÖST: Vilka fördelar får du genom att problemet löses?

Vilka tänkbara svårigheter skulle kunna dyka upp för dig när problemet är löst? Till exempel mindre uppmärksamhet, påtryckningar att bli mer aktiv eller arbeta mer, eller att omedelbart förväntas göra allt som du brukade göra?

NUVARANDE SÄTT ATT TACKLA PROBLEMET PÅ: Gör en lista på alla ansträngningar till problemlösning, både effektiva och ineffektiva. Obs! Ta med alla försök att tackla problemet på: egna, familjens, vänner och professionens.

- 1) _____ 2) _____ 3) _____ etc.

Vilka skulle kunna vara resurspersoner för att hjälpa dig att jobba med detta problem?

Problemlösning med 6-stegsmetoden

1. Vad är problemet? Omformulera problemet till ett mål. *Låt alla säga sin åsikt och ställa frågor.*

2. Lista alla tänkbare lösningar. *Låt alla komma med förslag. I detta steg finns inga dåliga eller dumma lösningar. Skriv ner alla förslag utan att diskutera dem.*

3. Gå snabbt igenom för och nackdelar med varje lösning. *Skriv inget.*

Problemlösning med 6-stegsmetoden

4. Välj den lösning som lättast är genomförbar (tid, pengar, kunskap och material).

Det kan vara en kombination av flera förslag.

5. Planera exakt hur lösningen skall genomföras. Vem gör vad? Vad gör vi om vi stöter på svårigheter? När skall vi vara klara? Datum för utvärdering?

6. Utvärdering. Hur långt har vi kommit? Vad har gått bra? Behöver vi göra några förändringar för att uppnå målet? *Sluta inte förrän målet är uppnått!*

Kontroll av planering

	JA	NEJ
1. Finns allt till hands som behövs för att genomföra åtgärden (tid, kunskap, pengar, material, med mera)?		
2. Är det klart vem som skall skaffa det som behövs och är han/hon villig att göra det?		
3. Vet alla vad de skall göra och när de skall göra det?		
4. Har man diskuterat vilka svårigheter och hinder som kan störa åtgärden?		
5. Finns klara planer för hur man kan ta itu med troliga hinder och svårigheter?		
6. Har svåra delar övats? Det gäller särskilt kontakter med andra personer.		
7. Har någon i familjen accepterat att kolla med de andra att de gör det som har beslutats?		
8. Har familjen bestämt när man skall värdera hur planen lyckades?		

Handlingsplan/krisplan

Brukare namn:

Datum:

Följande ska brukaren göra:

1.
2.
3.

Följande ska resursgruppsmedlem (namn.....) göra:

1.
2.
3.

Följande ska resursgruppsmedlem (namn.....) göra:

1.
2.
3.

Följande ska CM (namn.....) göra:

1.
2.
3.

Följande ska CM (namn.....) göra:

1.
2.
3.

Aktuell behandling inkl medicin:

.....

Uppföljning av dessa beslut görs (datum):.....

Exempel på hur handlingsplan/krisplan kan se ut ifyllt:

Brukare: David

Datum: 2012-09-01

Följande ska David göra:

1. Ta medicin enligt ordination, dosett används.
2. Tala om för föräldrar när symtom på X ökar.
3. Gå till kommunens dagverksamhet en stund varje förmiddag.
4. Ringa till nattpersonal om du vaknar och inte somnar om. I andra hand väcka mamma eller pappa.

Följande ska mamma (Maj) göra:

1. Inte lämna David ensam hemma. Gäller t o m 2012-09-01
2. Väcka David kl. 08 varje vardag för att han ska hinna till dagverksamheten.
3. Höra med David angående medicin och eventuellt påminna om denna.
4. Kontakta team/jourpersonal vid försämring som man inte klarar själva.

Följande ska pappa (Bengt) göra:

1. Umgås med David en stund varje eftermiddag och försöka ta en promenad tillsammans.
2. Kontakta team/jourpersonal vid försämring som man inte klarar själva.

Följande ska CM (Sven) göra:

1. Daglig kontakt enligt särskilt schema som överenskommes dag till dag. Nästa resursgruppsmöte 2012-09-02 kl. 11.
2. Följa upp medicinering, kontrollera biverkningar.
3. Förmedla kontakten med Davids doktor och ordna ett hembesök före 2012-10-01.

Aktuell behandling inkl medicin:

Tabl Zyprexa 7,5 mg, 1 tabl på morgonen

Uppföljning av dessa beslut görs: 2012-11-01

Kontinuerlig skattning

Namn: _____

Påbörjad datum: _____

Uppföljningsområden kan vara t ex Problem med symtom, Svårigheter i dagliga livet eller Familjebörda/Stress/Belastning.

Välj det som du vill jobba med och följa upp!

Det som skall följas upp och skattas

är: _____

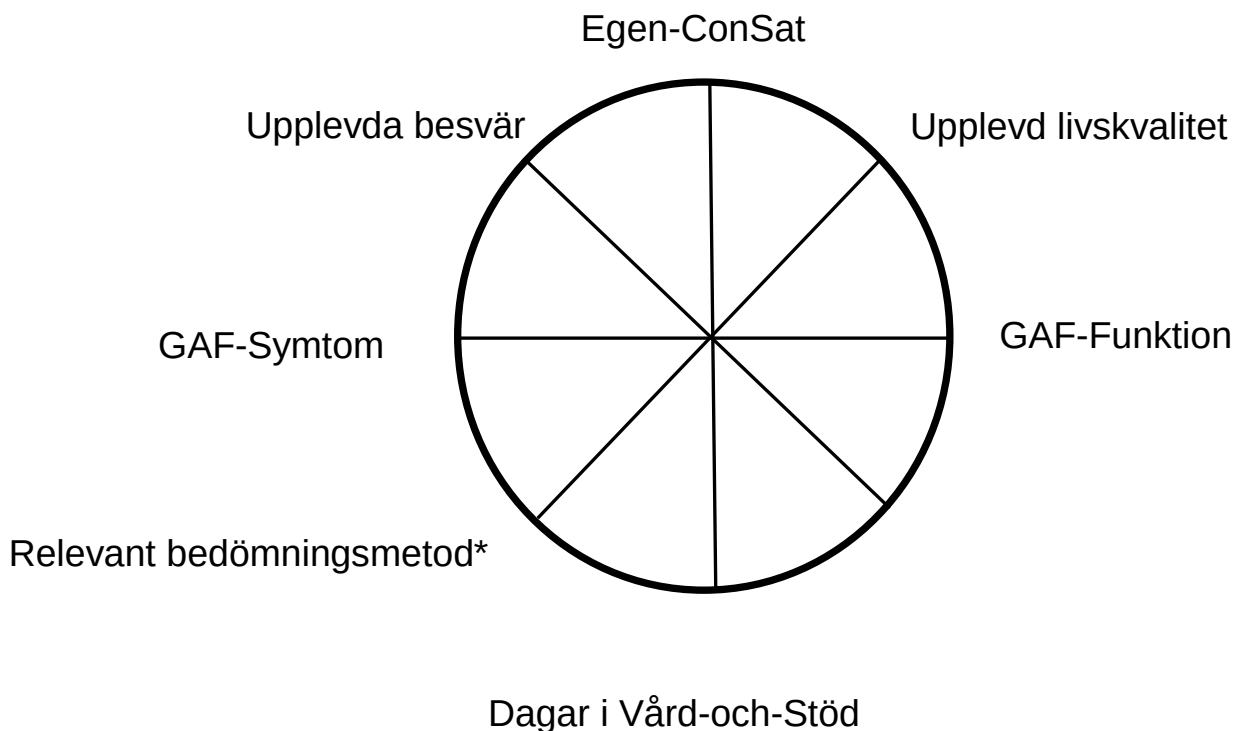
Skattning: 0 = Inget/inga, 1 = Lätt, 2 = Måttlig, 3 = Svår

3												
2												
1												
0												
Mån	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Kvalitetsstjärnan

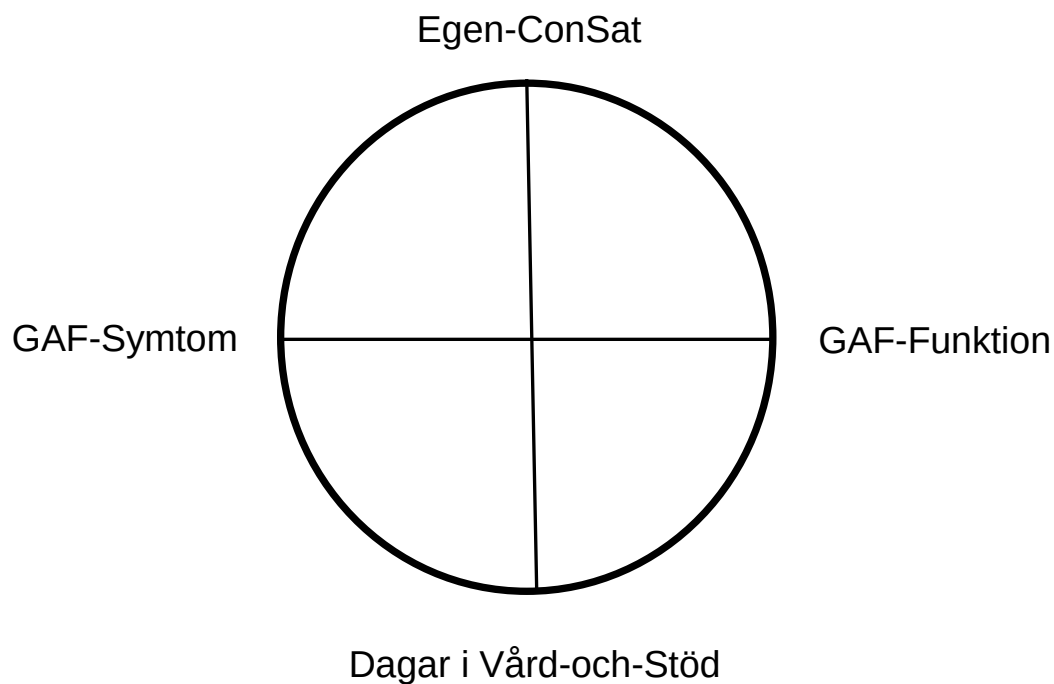
Utgångspunkten för konceptet kvalitetsstjärnan som ett element i det integrerade flexibla metodprogrammet RACT är att årliga genomgångar i "trialog", det vill säga återkopplingar mellan brukare, närstående och professionella utförare, är väsentliga.

Kvalitetsstjärnan aktualiserar kvalitetsuppföljningar med fokus på hur det går för brukarna och frågan "Var står vi nu?" skall diskuteras vid de årliga genomgångarna.



* T ex skattningskalan Hälsa (biverkningar), Remissionsindex (vid schizofreni) eller någon detaljerad symtomskattningskala.

Kvartalsstjärnan



Brukaren beskriver sin tillfredsställelse med den vård och det stöd som hon/han upplever sig ha fått med hjälp av skalan Egen-ConSat.

Case managern/läkaren bedömer brukarens sociala funktion med hjälp av skala GAF-Funktion.

Case managern/läkaren bedömer brukarens symtombild med hjälp av skala GAF-Symtom.

Case managern noterar hur många dagar det förekommit insatser från vård och socialtjänst.

Återkopplingar görs kvartalsvis med brukaren och resursgruppen.

GAF-Funktion

Synnerligen god funktionsförmåga inom vitt skilda områden, livsproblem förefaller aldrig bli ohanterliga, andra söker sig till personen på grund av hans eller hennes många positiva egenskaper.	91-100
God funktionsförmåga i alla avseenden, intresserad av och engagerad i ett antal olika aktiviteter, socialt kapabel, allmänt sett tillfreds med tillvaron, endast vardagliga problem eller bekymmer (t ex tillfälliga konflikter med anhöriga).	81-90
Endast obetydliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt på efterkälken med skolarbetet).	71-80
Vissa funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt skolk, stulit från annan familjemedlem), men i stort sätt tämligen välfungerande, har några etablerade, betydelsefulla personliga relationer.	61-70
Måttliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex har endast få vänner, har konflikter med kollegor eller arbetskamrater).	51-60
Allvarliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex inga vänner alls, oförmögen att behålla ett arbete).	41-50
Uttalade funktionssvårigheter i flera avseenden, såsom arbete eller studier, familjerelationer (t ex en deprimerad man som undviker sina vänner, försummar familjen och är oförmögen att arbeta; ett barn som ofta ger sig på yngre barn, misslyckas i skolan och är trotsig hemma).	31-40
Oförmögen att fungera i snart sagt alla avseenden (t ex ligger till sängs hela dagen, inget arbete, ingen bostad, inga vänner).	21-30
Stundtals oförmögen till elementär personlig hygien (t ex kladdar med avföring).	11-20
Ständigt oförmögen till elementär personlig hygien.	1-10

GAF-Funktion = _____

GAF-Symtom

Inga symtom.	91-100
Frånvaro av symtom eller minimala symtom (t ex lätt nervositet inför en tentamen).	81-90
Om några symtom föreligger så rör det sig om övergående och förväntade reaktioner på psykosociala stressfaktorer (t ex koncentrationssvårigheter efter familjegräl).	71-80
Vissa lindriga symtom (t ex nedstämdhet och lindriga sömnbesvär).	61-70
Måttliga symtom (t ex flacka affekter och omständligt tal, enstaka panikattacker).	51-60
Allvarliga symtom (t ex självmordstankar, svåra tvångsritualer, frekventa snatterier).	41-50
Viss störning i realitetsprövning, kommunikationsförmåga, omdöme, tankeförmåga eller sinnesstämning (t ex uttrycker sig tidvis ologiskt, oklart eller irrelevant).	31-40
Beteende avsevärt påverkat av vanföreställningar, hallucinationer eller allvarlig störning av kommunikationsförmågan eller omdömet (t ex stundtals osammanhängande, beter sig gravt inadekvat, ständigt suicidtankar).	21-30
Viss risk för att individen tillfogar sig själv eller andra skada (t ex suicidhandlingar utan uppenbar dödsförväntan; ofta våldsam; maniskt uppskruvad) eller grav störning av kommunikationsförmågan (t ex mestadels osammanhängande eller stum).	11-20
Ständig risk att individen tillfogar sig själv eller andra allvarlig skada (t ex återkommande våldsamhet) eller allvarlig suicidhandling med uppenbar dödsförväntan.	1-10

GAF-Symtom = _____

Brukartillfredsställelse - Självskattningsformulär

Så här fyller Du i:

I detta frågeformulär vill vi att Du delar med Dig av **hur Du upplevt de insatser av vård och stöd som Du fått under de tre senaste månaderna med anledning av dina psykiska besvär**

Formuläret består av 11 frågor på de följande sidorna. Vissa frågor är uppdelade i en a-, b- och en c-del.

Var vänlig och ringa in det påstående som stämmer bäst överens med hur Du har upplevt det som efterfrågas.

Exempel:

Om Du tycker att Du har haft ganska dåliga möjligheter att få hjälp vid behov - ringa in på följande sätt:

1. Hur har Du upplevt möjligheten att få hjälp vid behov?

Mycket Dåliga möjligheter	Dåliga Möjligheter	Ganska Dåliga möjligheter	Lika god som dålig (kan ej avgöra)	Ganska Goda Möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
---------------------------------	-----------------------	---------------------------------	---	-------------------------------	---------------------	----------------------------

Fundera inte för länge, det är ditt spontana svar som efterfrågas.

1. Hur har Du upplevt möjligheten att få hjälp vid behov?

Mycket dåliga Möjligheter	Dåliga Möjligheter	Ganska dåliga möjligheter	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska goda möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
------------------------------	-----------------------	------------------------------	--	----------------------------	---------------------	----------------------------

2. Hur har Du upplevt stämningen i Dina möten med personalen?

Mycket dålig Atmosfär	Dålig Atmosfär	Ganska dålig Atmosfär	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska God Atmosfär	God atmosfär	Mycket god atmosfär
--------------------------	-------------------	--------------------------	--	---------------------------	-----------------	---------------------------

3. Hur har Du upplevt personalens sätt att vara och bemötande?

Mycket Negativt	Negativt	Ganska Negativt	Lika positivt som negativt (kan ej avgöra)	Ganska positivt	Positivt	Mycket positivt
--------------------	----------	--------------------	--	--------------------	----------	--------------------

4. Hur har Du upplevt möjligheten att få samtal, rådgivning och behandling i olika former?

Mycket dåliga möjligheter	Dåliga möjligheter	Ganska dåliga möjligheter	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska goda möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
------------------------------	-----------------------	------------------------------	--	----------------------------	---------------------	----------------------------

5. Hur har Du upplevt möjligheten att få träffa samma personal?

Mycket dåliga möjligheter	Dåliga möjligheter	Ganska dåliga möjligheter	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska goda möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
------------------------------	-----------------------	------------------------------	--	----------------------------	---------------------	----------------------------

6. Hur har Du upplevt möjligheten att få information om din sjukdom och dina svårigheter att fungera, planering och beslut?

Mycket dåliga Möjligheter	Dåliga möjligheter	Ganska dåliga möjligheter	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska goda möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
------------------------------	-----------------------	------------------------------	--	----------------------------	---------------------	----------------------------

7. Hur har Du upplevt möjligheten att vara delaktig i beslut som fattats?

Mycket dåliga Möjligheter	Dåliga möjligheter	Ganska dåliga möjligheter	Lika god som Dålig (kan ej avgöra)	Ganska goda möjligheter	Goda möjligheter	Mycket goda möjligheter
------------------------------	-----------------------	------------------------------	--	----------------------------	---------------------	----------------------------

8a. Har Du ordinerats medicin för psykiska besvär?

Nej Vet ej Ja

Om Du svarat Ja besvara också fråga 8b. Om Du svarat Nej besvara också fråga 8c.

8b. Om Du har mediciner? Hur har Du upplevt medicineringen?

Mycket negativt Negativt Ganska negativt Lika positivt som negativt
(kan ej avgöra) Ganska positivt Positivt Mycket positivt

8c. Om Du inte har ordinerats medicin? Hur har Du upplevt det?

Mycket negativt Negativt Ganska negativt Lika positivt som negativt
(kan ej avgöra) Ganska positivt Positivt Mycket positivt

9. Hur har Du upplevt möjligheten att få psykosocial hjälp?

(Exempel på detta kan vara stöd för att bibehålla och/eller förbättra funktioner i vardagligt liv och det sociala nätverket. Andra exempel är insatser för att påverka ekonomi, arbete, studier eller bostadssituation.)

Mycket dåliga Dåliga Ganska dåliga Lika god som Dålig Ganska goda Goda Mycket goda
Möjligheter Möjligheter Möjligheter (kan ej avgöra) möjligheter möjligheter möjligheter

10. Hur har Du, så här långt, upplevt att den hjälp du fått gör att du fungerar/mår bra?

Mycket negativt Negativt Ganska negativt Lika positivt som negativt
(kan ej avgöra) Ganska positivt Positivt Mycket positivt

11. Känns Dina kontakter som en trygghet för att Du i framtiden skall känna tillfredsställelse med tillvaron - kunna känna Dig väl tillmod?

Mycket lite Lite Ganska lite Lika mycket Ganska mycket Mycket Våldigt mycket
som lite
(kan ej avgöra)

Egen KSI

KSI är en skattningsskala för bedömning av programtrogenhet. KSI står för **Kliniska Strategier: Implementering**. Vilka av nedanstående moment har genomförts av dig – eller någon annan?

1. Bedömningar, mål och planer

Finns upprepade skattningar av brukarens sociala funktion och symtombild? Finns skattningar av brukartillfredsställelse? Har brukaren en skriftlig personlig utvecklingsplan som är baserad på personliga mål, behov, problem och resurser? Har planen reviderats vid resursgruppsmöten var tredje månad? Finns kvartalsgenomgångar av mål och delmål? Finns tydligt beskrivna och utvärderingsbara behandlingsinsatser i utvecklingsplanerna? Finns kvartalsnoteringar av insatser av vård, stöd, och social service?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 1=_____

2. Brukarens behov av insatser i samhället

Ingår du som case manager i ett samhällsbaserat team med övergripande ansvar för koordinering, kontinuitet, behandling, rehabilitering och krishantering personifierat av både dig som personlig utförare och av psykiatriläkaren? Har hembesök gjorts? Har du arbetat aktivt uppsökande och engagerat samhällets olika instanser för att tillgodose brukarens behov t ex socialtjänst, särskilda sjukvårdsinsatser, försäkringskassa, arbetsförmedling?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 2=_____

Kommentar: Item 2 är index för case management med ACT-inriktning. Begreppens innebörd beskrivs i Arbetsbok Resursgrupps-ACT (RACT)

3. Resursgrupp (utvidgad familjeintervention)

Har brukaren en resursgrupp som arbetar aktivt i att genomföra uppställda målsättningar och lösa olika problem för att kunna fullfölja den skriftliga utvecklingsplanen. Har ni haft möten i resursgruppen var tredje månad? De procedurer som har tillämpats för att utforma brukarens personliga utvecklingsplan bygger på ett gemensamt beslutsfattande med dig som en ledande aktör. Har du träffat brukaren regelbundet för att genomföra, stödja och följa upp utvecklingsplanen? Har ni skrivit om planen på basen av hur det gått för brukaren sedan föregående resursgruppsmöte? Har du arbetat med någon specifik utbildning utgående från din brukares behov, t ex om den psykiska sjukdomen, medicinering, problemlösningstekniker och kommunikationsträning? Utbildning till brukare med användning av moduler och arbetsblad utifrån brukarens aktuella behov? Brukaren involverad som "experten" i väl strukturerade resursgruppsmöten. Förståelse för brukarens sjukdom och dess behandling förmedlad till alla resurspersoner?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 6=_____

Kommentar: Item 3 är index för den flexibla ACT-modellen Resursgrupps-ACT (RACT).

4. Stresshantering för brukare och resurspersoner

Har du arbetat med hur brukaren och närstående bättre skall kunna hantera stress? Träffas brukare och närstående regelbundet på egen hand för att tillsammans hantera stressande situationer (ofta med case managern som handledare)? Har du kontrollerat att brukarna använder det man lärt i sitt dagliga liv?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 4=_____

5. Läkemedelsbehandling

Finns det utarbetade strategier vad gäller brukarens medicinering? Har brukarna utbildats om brukarens medicinering? Har brukarna utbildats om biverkningar och skattningar av dessa? Har undersökningar av brukarens kroppsliga hälsa gjorts? Finns koncentrationsbestämningar eller andra laboratorieprover för att finna minsta effektiva doseringen av läkemedel?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 6=_____

6. Social träning

Har ni arbetat aktivt med social träning i samhället, t ex ESL eller motsvarande? Finns tydliga belägg för att uppnådda färdigheter mestadels används på rätt sätt i verkliga livet. Social träning i samhället för att uppnå brukarens och närståendes mål när behov finns. Den sociala träningen följs upp i resursgrupper.

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 2=_____

7. Specifika psykologiska strategier

Har du på egen hand eller tillsammans med någon kunnig person arbetat med någon specifik psykologisk behandlingsmetodik mot ångest, depressiva symtom, rösthallucinos, paranoidea symtom, aggressivitet eller andra besvär - t ex KBT eller annan metod?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 1=_____

8. Krishantering

Finns det en krisplan om hur man hanterar en krissituation? Är brukaren införstådd med sina tidiga varningstecken och vad han/hon, och vet alla resurspersoner vad man skall göra om en försämring i tillståndet uppstår?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 2=_____

9. Kroppslig hälsa och tandhälsa

Har upprepade kontroller av brukarens kroppsliga hälsa gjorts? Finns primärvårdsläkare? Finns tandläkare? Finns specialist för patienter som lider av någon kroppslig sjukdom? Vid graviditet: har kontakt med gynekolog och barnmorska förmedlats?

Poäng 0 1 2 3 4 Viktning: poäng x 1=_____

KSI-protokoll för skattning av egen programtrogenhet

Item nr	Item (viktad spridning)	Poäng	Vikt	Viktade poäng
1	Bedömningar, mål och planer		x1	
2	Brukarens behov av insatser i samhället		x2	
3	Resursgrupp (utvidgad familjeintervention)		x6	
4	Stresshantering för brukare och resurspersoner		x4	
5	Läkemedelsbehandling		x6	
6	Social träning		x2	
7	Specifika psykologiska strategier		x1	
8	Krishantering		x2	
9	Kroppslig hälsa		x1	
	Summa poäng			

Summa viktade poäng_____ = Programtrogenhet i % = _____
Maximal totalsumma för viktade poäng är 100 (=100%)

Utförare och datum

E-arbetsboken för resursgrupps-ACT är en handbok i tre delar; en teoridel, en praktisk del och en del innehållande arbetsblad. E-arbetsboken ger grundläggande kunskap och information om hur man arbetar med resursgrupper enligt R-ACT modellen. Den är lämplig att använda som kurslitteratur, såväl som i det dagliga arbetet med brukare inom psykiatri eller socialtjänst.

I en resursgrupp ingår de personer som brukaren själv väljer ut; tex. case managers från psykiatri och socialtjänst, läkare, handläggare från Arbetsförmedling och Försäkringskassan, närstående till brukaren, och förstås brukaren själv. Arbetet i resursgruppen utgår alltid från brukarens personliga målsättning.

Arbetsboken beskriver konkret arbetssättet i en resursgrupp, samtidigt som den är vetenskapligt förankrad utan att vara svårtillgänglig.

”Resursgrupps-ACT” är tidigare känt under flera namn; Integrerad psykiatri, Vård- och Stödsamordning, Case management & Resursgruppsstöd m.fl. Författarna till denna arbetsbok förordar i fortsättningen det gemensamma namnet Resursgrupps-ACT.

Redaktörer och författare till e-Arbetsboken har lång erfarenhet av att ha arbetat som case managers, utbildare och handledare i Resursgrupps-ACT. Vissa av författarna har varit med sedan arbetsmodellen introducerades i Sverige på sent 80-tal.

Författare: Redaktörer har varit Pia Rydell, Lennart Lundin och Nisse Berglund. Övriga författare har varit Ulf Malm, Bo Ivarsson, Wolfgang Rutz, Lars Erdner, Mats Borell, Jeanette Jonsson, Birgitta Magnusson, Eva Andreasson, Sara Voxendahl och Marcus Lundmark.