

Basmanual Resursgrupps-ACT

Västra Götalandsregionen 2020

Denna basmanual för ”R-ACT i Västra Götalandsregionen” är utformad för användning i samband med t.ex. regionens basutbildningar i R-ACT.

Manualens innehåll är inspirerat av, och till vissa delar hämtat från, tidigare manualer inom området såsom t.ex.

”Case Management och resursgruppsarbete” (Borell, Berglund),

”Manual för resursgruppsarbete & Vård- och stödsamordning” (Kungälv, Dag Andersson),

”e-arbetsboken i R-ACT” (Psykosvård, SU, Berglund, Lundin,m.fl).

Arbetsbladen som finns i manualen är i vissa fall omarbetade från tidigare versioner i layout och ordval, för uppdatering.

Ansvariga för manualens sammanställning och innehåll är:

Marcus Lundmark

Nina Martinsson Grbic

Dag Andersson

Västra Götalandsregionen 2020 (version 2.0)

Innehåll

Introduktion R-ACT	5
Återhämtning	5
Vikten av samverkan	5
Case Manager (CM) / Vård- och Stödsamordnare (VSS)	6
Målgrupp för R-ACT	7
Nationella riktlinjer för vård och stöd vid Schizofreni och liknande tillstånd.....	7
Översikt av R-ACT processens olika faser.....	8
Brukarens inflytande och självbestämmande	7
Motivationsarbete	8
Att arbeta efter manual	9
Arbetsgången i R-ACT.....	10
Kartläggningsfasen	11
Att komma igång och etablera arbetsallians	11
Samtyckte till informationsutbyte.....	12
Kontaktuppgifter.....	13
När brukaren tackat ja till att arbeta med R-ACT.....	12
Kartläggningen inleder R-ACT arbetet.....	12
Arbetsblad.....	12
Praktiska tips under kartläggningen.....	16
Planeringsfasen	19
Sammanställning av kartläggning.....	19
Mål och delmål	19
Brukarens egna önskemål styr arbetet	20
Förändringens olika målnivåer	20
Riktning, långsiktiga mål och delmål	21
Att göra abstrakta mål mer konkreta.....	22
Verktyg när man arbetar med förändringar	23
Vad brukaren behöver för stöd och behandling för att uppnå sina delmål	24
Utvärdera hur det går	25
Normalisera svårigheter och motgångar	26
Personlig utvecklingsplan	26

Val av resursgruppsdeltagare	26
Förberedelse inför första resursgruppsmötet	27
Resursgruppsmöte i praktiken	30
Strukturen på ett resursgruppsmöte	30
Brukarens delaktighet på resursgruppsmötet	31
Hur ofta träffas man i resursgruppen och var hålls mötena?	32
Hemuppgifter	32
Tips kring möten i resursgrupp eller andra möten	33
Genomförandefasen	34
Att arbeta med mål och övriga insatser	34
Arbetsfördelning i R-ACT arbetet	35
Vikten av att fortsätta motivera	35
Interventioner i R-ACT	36
Stödfas/avslutningsfas	52
R-ACT i en stödfas	52
Liten reflektion kring att <i>avsluta</i> resursgruppen	53
Utvärdering i R-ACT	54
Uppföljning i resursgruppen	54
Mätning av metodtrogenhet – Kliniska Skattningar och Implementering (KSI).....	55
Handledning	57
Kollegialt metodstöd.....	58
Sammanfattning av att utvärdera arbetet i R-ACT	58

Introduktion R-ACT

Resursgrupps-ACT (R-ACT) är en modell för samordning av vård-och stödinsatser som utgår från sedvanliga ACT-principer. Utmärkande för R-ACT är *resursgruppen*, som utgör navet i arbetet. R-ACT-modellen ger en struktur för en återhämtningsinriktad arbetsprocess och innehåller arbetsmaterial som stöd för kartläggning, insatser och utvärdering.

R-ACT innebär att långsiktigt och strategiskt arbeta för att ge personer med psykiska funktionsnedsättningar ett avgörande inflytande över sin egen rehabilitering och motivation för återhämtning. Det är personens individuella behov, mål och prioriteringar som styr arbetet.

ACT-principer

- Arbete i hemmiljö
- Tvärprofessionellt team
- Hög tillgänglighet
- Kontinuitet gällande personal
- Ökad funktion i samhället som primärt mål

R-ACT kan användas av personal som arbetar inom såväl specialistpsykiatri som inom kommunal socialpsykiatri. Det är vanligt att medarbetare från olika huvudmän träffar samma brukare, och att samverkan därmed är nödvändig. Ofta finns ytterligare aktörer inblandade t.ex. närstående, hemsjukvård, primärvård, arbetsförmedling och försäkringskassa. Med hjälp av den tydliga strukturen och de återkommande resursgruppsmötena kan R-ACT erbjuda en arena för samarbete och samverkan.

Resursgruppen utgörs av brukaren, CM/VSS, läkaren och de personer ur det privata och/eller professionella nätverket som brukaren själv väljer. Resursgruppen träffas regelbundet för att utvärdera arbetet och formulera nya delmål, det är också här samtliga beslut om åtgärder, stöd och behandling fattas.

Återhämtning

Återhämtning är ett centralt begrepp i R-ACT. Att återhämta sig innebär att brukaren erövrar nödvändiga funktioner och får en upplevd förbättrad livskvalité. Det behöver inte innebära att brukaren är symtomfri, men däremot att man bättre klarar att hantera situationer när symtom eller andra besvär gör sig gällande. Begreppen bot, rehabilitering och återhämtning skiljer sig åt. Begreppet återhämtning handlar om brukarens egenmakt (empowerment), där just de *egna* insatserna är av stor betydelse för att må bra och för att kunna utvecklas.

Vikten av samverkan

Personer med allvarliga psykiska funktionsnedsättningar har ofta fullt upp med att hantera och lindra ögonblickets svårigheter. Att göra det man mår bäst av i stunden innebär att man får svårt med långsiktiga strategier, att återhämta sig och att minska konsekvenserna av den psykiska sjukdom som man drabbats av.

Många brukare har erfarenhet av att stödet som erbjuds inom sjukvård, kommun och myndigheter inte hänger ihop och att en långsiktig plan saknas. Dessutom involveras inte närstående i önskad utsträckning, trots att de både påverkas, och kan påverka situationen i hög utsträckning.

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

Case Manager (CM) / Vård- och Stödsamordnare (VSS)

”Case management” är en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionsnedsättningar, för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt.

Case management är egentligen ett samlingsnamn för *flera* typer av stödmodeller, där R-ACT är en av dem. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad Case manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. [Om Case management i Vård- och insatsprogram -VIP](#)

Det svenska ordet för Case Management är ”Vård-och stödsamordning”. Med andra ord betyder Case management och Vård-och stödsamordning samma sak.

De personer som arbetar i denna organisationsform kallas *Case Managers* eller *Vård-och stödsamordnare*. Vilket begrepp som används är beroende på lokala beslut om vilket namn som ska gälla. Inom kommunal verksamhet använder man ofta begreppet vård-och stödsamordnare. Inom psykiatri talar man ofta om Case managers, men variationer finns.

Samordningen organiseras genom att brukaren tilldelas 1-2 Case managers/Vård-och stödsamordnare, ofta en från varje huvudman. Vanligtvis *en* personal från psykiatrisk öppenvård (t.ex. arbetsterapeut psykiatrisjuksköterska, kurator,) och *en* från kommunens socialpsykiatri (t.ex. en boendestödjare).

Att vara två vård- och stödsamordnare grundar sig på erfarenhet av att det ger en bättre kontinuitet, flexibilitet, samt minskad arbetsbelastning. Det har också visat sig undanröja många av de samverkansproblem som ofta förekommer. Av olika skäl väljer man ibland att bara ha en CM/VSS, som i samarbete med brukaren leder R-ACT arbetet.

CM/VSS skall vara ”spindeln i nätet” som stöttar brukaren och kartlägger, planerar, åtgärdar och utvärderar insatser. De ska agera ”dörröppnare” och vara representant för respektive organisations resurser.

Målgrupp för R-ACT

Målgrupper för R-ACT är primärt vuxna personer:

- med ett stort vårdbehov och oftast flera funktionsnedsättningar inom olika områden, oavsett diagnos
- som har eller behöver kontakt med både kommunen och den psykiatriska sjukvården
- som har samsjuklighet med missbruk
- de som av varierande skäl har behov av bättre samordnade insatser

Definition av psykisk funktionsnedsättning:

Personer som p.g.a. av psykisk sjukdom har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som t.ex. boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap, relationer eller fritid.

Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid Schizofreni och liknande tillstånd

Nationella riktlinjer förespråkar samordnade integrerade insatser vid omfattande psykiska funktionsnedsättningar. ACT och Case management (VSS) har högsta prioritet i nationella riktlinjerna. Ofta finns regionala och lokala avtal och överenskommelser mellan den psykiatriska sjukvården och kommunerna som beskriver hur samarbete och samordning ska genomföras.

Brukarens inflytande och självbestämmande

En av de viktiga hörnstenarna i R-ACT är brukarens inflytande och självbestämmande i sin återhämtningsprocess. Det är brukarens egna mål som ska styra arbetet, och brukaren ska vara delaktig i val av åtgärder, stöd och behandling.

För personalen innebär det bl.a. att ställa fler frågor, än att ge svar och lösningar. Det innebär också att man förser brukaren med relevant kunskap inför ett beslut som ska fattas. ”Att återhämta sig” innebär att man återfår ett liv som känns meningsfullt och som man är nöjd med, trots att man kan ha kvar symtom från sin sjukdom. Vad ett bra liv innebär för den enskilda, vet bara brukaren själv. CM/VSS och brukaren arbetar tillsammans med att finna de bästa sätten att uppnå brukarens målsättningar.

CM/VSS bistår med sin kunskap om för-och nackdelar med olika behandlingar, metoder och arbetssätt. Brukaren bistår med sin kunskap om vad som passar bäst för just honom/henne.

Genom att prova sig fram och regelbundet utvärdera gemensamt, kommer brukaren och CM/VSS att finna vad som fungerar bäst för just denna person i just denna situation. [Läs om Delat beslutsfattande](#)

Motivationsarbete

CM/VSS behöver återkommande påminna om hur de åtgärder som genomförs hänger ihop med brukarens mål, samt förmedla hopp om att förändring och återhämtning är möjlig även för den som har en långvarig psykisk sjukdom.

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

Översikt av R-ACT processens olika faser

Arbetet i R-ACT följer en tydlig struktur som kan beskrivas som olika faser: kartläggningsfas, planeringsfas, genomförandefas, och ibland även en avslutningsfas.

Kartläggningsfasen är uppstarten som lägger grunden för det fortsatta arbetet. Med hjälp av intervjuer, arbetsblad och en tät kontakt etableras en trygg relation och ger en gemensam kännedom om brukarens mål, resurser och svårigheter.

Planeringsfasen sammanfattar och analyserar det som framkommit under kartläggningen, och en Personlig plan upprättas. Planen presenteras, bearbetas och arbetsuppgifter fördelas på det första resursgruppsmötet.

Genomförandefasen inleds efter det första resursgruppsmötet då arbetet med att ge stöd, behandling och åtgärder som planerats påbörjas. Under genomförandefasen träffas deltagarna i resursgruppen så ofta det behövs, och resursgruppsmöten hålls ca var tredje månad för att utvärdera arbetet och sätta nya delmål.

Genomförandefasen pågår så länge brukaren har behov av resursgruppens stöd. I takt med att brukaren uppnår sina delmål och behovet av stöd minskar, så glesas resursgruppsmötena ut.

I vissa fall kan det bli aktuellt att förbereda ett avslut av resursgruppens arbete, en *avslutningsfas*. För många brukare innebär dock sjukdomen att behovet av stöd kommer och går över tid. I de fallen avslutas inte resursgruppsarbetet utan träffarna fortsätter men med glesa intervaller. I händelse av att brukaren försämras kan träffarna tätas upp.

Att arbeta efter manual

Att arbeta efter en manual med förutbestämda arbetsblad och arbetssätt, innebär *inte* att man alltid ska följa den föreslagna processen till punkt och pricka. Man måste vid behov tänka om och göra anpassningar efter personens behov, önskemål och förmåga. Arbetsbladens syfte kan t.ex. uppnås på flera olika sätt. Ibland kanske man måste förenkla ett arbetsblad eller ge mycket stöd när det ska fyllas i, och ibland kanske man istället får ta frågorna muntligt under en promenad eller en biltur. Det kan med andra ord innebära att man måste korta ner, skjuta upp, lägga till eller på andra sätt anpassa de olika momenten i R-ACT.

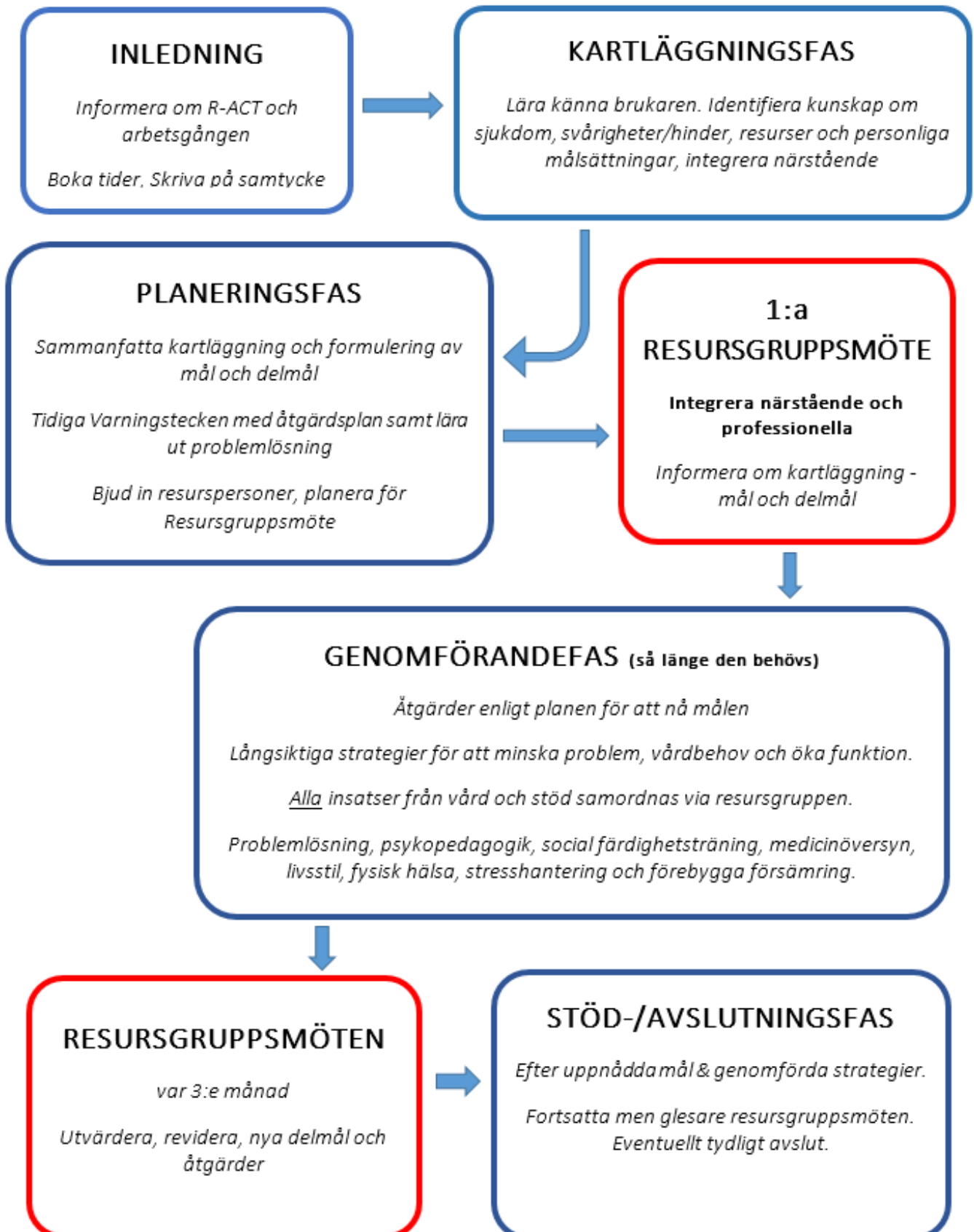
Dock ska avsteg från modellen grunda sig på att det blir bättre för brukaren, och att det är gynnsamt även på lång sikt. En viktig roll för CM/VSS är att ge stöd samt motivera till genomförande även av det som i stunden kan kännas svårt och jobbigt.

Vård- och insats.se

Du kan i *Vård och insatsprogram*, från Psykisk hälsa- SKR, hitta mycket information och kunskap om rekommenderade evidensbaserade åtgärder inom området psykisk ohälsa. Mer om R-ACT, Vård -och stödsamordning, Psykiska funktionsnedsättningar, diagnoser och olika lämpliga åtgärder oavsett om du arbetar inom socialtjänst eller sjukvård: Använd gärna sökfunktionen på:

<https://www.vardochinsats.se/>

Arbetsgången i R-ACT



Kartläggningsfasen

R-ACT arbetet inleds med en kartläggning. Syftet med kartläggningen är att brukaren, tillsammans med sin CM/VSS, ska få en klar bild av den aktuella situationen, vilka svårigheter och resurser som finns samt vilka önskemål om förändringar som finns, *innan* man börjar planera och agera. I kartläggningen finns arbetsblad till hjälp som kommer att presenteras längre fram i kapitlet.

Att komma igång och etablera arbetsallians

Första steget är att ge brukaren information om arbetssättet och syftet med R-ACT. Initiativet och informationen kan komma från psykiatriska vården eller socialtjänsten, kanske i samband med ny kontakt eller t.ex. en SIP. Brukaren behöver få möjlighet att ställa frågor och få diskutera fram ett upplägg som passar för just honom/henne. Informationen behöver anpassas efter den enskildes behov och förmåga. Brukare har varierande erfarenheter av tidigare påbörjade och utlovade insatser, och har olika förmåga att ta till sig information. En del behöver veta mycket och andra klarar inte att hantera för mycket information på en gång.

Brukaren behöver förstå tillräckligt av arbetssättet för att känna sig trygg och motiverad till att vilja delta. Nedanstående är förslag på hur man kan beskriva R-ACT metoden för en brukare:

- R-ACT är ett effektivt metodprogram som andra patienter/brukare haft stor nytta av
- Brukaren väljer själv vilka områden i livet man önskar få hjälp med att förändra. Brukaren väljer också själv vilka personer man önskar ska vara med som stöd i arbetet.
- Det inledande arbetet går ut på att tillsammans undersöka hur brukarens nuvarande situation ser ut och vad man önskar förändra.
- Man gör en tydlig plan för vad brukaren vill uppnå och bjuder in de viktiga personer som brukaren vill ha med i en resursgrupp.
- En resursgrupp kan bestå av både närstående och andra vård- och stödkontakter.
- Om brukaren i början inte vill ha med närstående eller andra vård- och stödkontakter i resursgruppen, kan man börja med att bara brukaren och CM/VSS träffas. Det är förstås bra om även brukarens läkare bjuds med i resursgruppen.
- Resursgruppens uppgift är att vara till stöd för brukaren i arbetet med att nå sina målsättningar. Det görs en tydlig fördelning av vem som ska hjälpa till med vad, och när och hur det ska gå till.

- Resursgruppen träffas återkommande ca var 3:e månad för att stämna av hur det går och hur man ska arbeta vidare till nästa gång man ses.

När brukaren tackat ja till att arbeta med R-ACT

När brukaren tackat ja till att arbeta enligt R-ACT behöver man fundera över om det finns andra professionella vård-och stödkontakter som kan bli berörda och som kan behöva kontaktas i ett tidigt skede. Om brukaren t.ex. är beviljad boendestöd är det bra om den personen kan bjudas in för att delta redan i kartläggningsfasen. I många kommuner har socialtjänstens personal utbildning i R-ACT/Vård-och stödsamordning och är välbekanta med arbets sättet. Som nämnts tidigare finns det många fördelar med att vara två CM/VSS i arbetet. Om brukaren är tveksam till att bjuda in boendestödet, kan man försöka motivera genom information om fördelarna med att samarbeta. Men det är i slutändan alltid brukaren som har sista ordet gällande vilka som ska bjudas med i resursgruppen.

Kartläggningen inleder R-ACT arbetet

Kartläggningen inleder arbetet och kommer att mynna ut i en personlig plan för brukarens mål och delmål. Ett underlag för resursgruppens fortsatta arbete. Kartläggningen beräknas ta ca 6-10 träffar och pågå under 2-3 månaders tid.

Med stöd av olika arbetsblad kan brukaren och CM/VSS få en tydligare bild av den aktuella situationen, vilka svårigheter och resurser som finns samt hur brukarens önskemål om framtiden ser ut. Kartläggningen skapar ett gemensamt utgångsläge för fortsatt diskussion mellan brukaren och CM/VSS.

Den fördjupning i olika frågor som följer med kartläggningen, möjliggör för brukaren att få en större förståelse och insikt gällande sin egen återhämtning. Ett viktigt skäl som gör att kartläggningen inte bör förbigås även om brukaren redan verkar ha ett tydligt mål, eller om man som CM/VSS anser sig redan ha all nödvändig kunskap om brukarens situation och önskemål.

Under kartläggningen ges många tillfällen för brukaren och CM/VSS att lära känna varandra närmare, och den utgör därmed även en viktig grund för alliansskapande och bygga förtroenden.

Arbetsblad

De arbetsblad som fylls i är brukarens egna material. Tanken är att brukaren har allt ifyllt material samlat i en pärm i hemmet. Att ha direktåtkomst till nedtecknade arbetsblad gör brukaren mer delaktig i sin återhämtningsprocess. Vid kognitiva svårigheter är det dessutom svårt att komma ihåg vad man talat och kommit överens om. Om brukaren motsätter sig att ha arbetsbladen i hemmet eller andra skäl föreligger förfogar CM/VSS över arbetsbladen.

Det är att rekommendera att CM/VSS är behjälplig med att införskaffa en pärm/mapp där brukaren kan förvara sitt material.

Man kommer vid flera tillfällen under arbetet att behöva titta tillbaka på tidigare gjorda arbetsblad, så det är bra om dessa finns tillgängliga. Förslagsvis tar CM/VSS kopior på de ifyllda arbetsbladen och förvarar dessa i en egen mapp.

Så länge arbetsbladen inte har namn ifyllt så är de inte att räkna som journalhandling, och behöver därmed inte scannas in i journalen. Däremot ska man se till att viktiga uppgifter som framkommer under t.ex. kartläggningen, skrivs in under lämpligt sökord i journalen. Man ska också skriva in i journalen när man har utfört olika moment i R-ACT.

Det ska vara möjligt att för annan personal att följa brukarens R-ACT process i händelse att man själv t.ex. slutar sin tjänst eller av andra skäl blir frånvarande. På olika håll i landet har man gjort lokala anpassningar av vilka arbetsblad som används i kartläggningen.

Här följer en beskrivning av de vanligaste arbetsblad som används i kartläggningen och det huvudsakliga syftet med varje arbetsblad:

Kontaktuppgifter

I samband med uppstarten av kartläggningen fyller CM/VSS tillsammans med brukaren i kontaktuppgifter till sin/sina CM/VSS och andra kontakter inom socialtjänsten, primärvården eller andra vård- och stödaktörer. Vidare finns utrymme att fylla i uppgifter på andra viktiga personer och hur man kan komma i kontakt med dessa. Idén är att samla kontaktuppgifter till viktiga personer på *ett* papper. Uppgifterna sparar brukaren företrädesvis i en pärm hemma.

Boka gemensamma tider – Checklista

Innan kartläggningen startar är det bra om CM/VSS tillsammans med brukaren planerar in tider för den kommande kartläggningsfasens olika moment. I de fall man är flera CM/VSS finns också möjlighet att fördela arbetsuppgifter huvudmännen emellan. Syftet med att boka alla tider på en gång är att det är lättare att finna gemensamma tider om man bokar i god tid i förväg. Det är också bra att ha flera inbokade tider i händelse av återbud från någon part.

Samtycke till informationsutbyte

För att en resursgrupp ska fungera effektivt behöver man kunna utbyta information med varandra. Ibland består resursgruppen av aktörer från både kommunen och psykiatrin. Mellan kommuner och landsting råder sekretess. När en resursgrupp består av medlemmar från både kommunen och psykiatrin är det bra om brukaren ger sitt samtycke till informationsutbyte mellan huvudmännen. Vid försämringar blir samtycket extra viktigt. Genom en snabb kontakt huvudmännen emellan kan man kanske förhindra ett återinsjuknande.

Samtycket kan göras skriftligt (se arbetsblad *Samtycke*), eller muntligt. Oberoende skall samtycket dokumenteras i båda huvudmännens dokumentationssystem. Det är viktigt att brukaren informeras om att samtycket närsomhelst kan återkallas.

Det kan ibland hända att brukaren inte vill ge sitt samtycke till informationsutbyte. Det hindrar inte arbetet med R-ACT. Träffar tillsammans kan ske ändå, men huvudmännen kan inte delge varandra information som ligger inom ramen för sekretesslagstiftningen. Efter ett tag, när brukaren börjar känna sig trygg i resursgruppen är det inte ovanligt att brukaren väljer att ge sitt samtycke till informationsutbyte.

Intervju av brukare

Intervjun består av frågor med syfte att identifiera brukarens kunskap om sin sjukdom och medicinering och att förstå brukarens syn på sina problem och svårigheter. Men också att finna vilka resurser och önskemål som kan motivera till ett återhämtningsarbete. Intervjufrågorna är ”förslag” på frågor att ställa. Det är upp till CM att avgöra vilka frågor som är passande och relevanta att ställa till den aktuella brukaren. CM väljer också att formulera om frågorna samt komplettera med fler frågor när det behövs.

Under intervjun framkommer ofta ny och viktig information, även om brukaren är känd sedan tidigare. Det är att rekommendera att man ställer så många av frågorna som möjligt, och att man genomför intervjun även om man tycker sig veta alla svar från början.

Intervjun kan av olika orsaker ta flera tillfällen att genomföra, och CM behöver beakta brukarens ork och förmåga inför planering av intervjun.

Det är bra att skriva ner anteckningar under intervjun för att kunna återkomma till informationen i det fortsatta arbetet. Anteckningarna justeras efteråt av brukaren. Det kan vara svårt att både hålla i samtalet/intervjun och att ta anteckningar, så det underlättar om man kan vara två Vård- och stödsamordnare.

Nätverkskarta

Nätverkskartan ger en visuell bild av vilka personer som finns i brukarens nätverk, såväl närstående som vård- och stödkontakter. Brukaren besvarar också frågor om t.ex. vilka personer som är viktiga, ett gott stöd och trevliga att umgås med. Men också vilka personer som kan vara till besvär och vilka man vill träffa oftare eller mindre ofta. Nätverkskartan används dels för att kartlägga sitt nätverk och sina relationer, men också som ett underlag för att välja vilka personer man vill ha med i sin resursgrupp. Man kan diskutera resursgruppsdeltagare i samband med att nätverkskartan fylls i, eller vid senare tillfälle under planeringsfasen.

Om en brukare inte vill bjuda med personer som står dem nära, behöver man undersöka orsaken. Om anledningen t. ex är att *”brorsan är jobbig! Han är alltid kritisk och tjatar om att jag ska ta min medicin”*, kan brorsan just därför vara en viktig person att ha med i resursgruppen. I resursgruppen är det möjligt att förbättra det som skapar problem i relationerna. I det här fallet kan man t.ex. prata om vad brodern skulle behöva för att känna mindre oro och ansvar för brukarens medicinering, och tillsammans arbeta för att uppnå det målet.

Under nätverkskartan framkommer ofta önskemål som handlar om att förändra något i sina relationer, t.ex. kanske man vill träffa någon person oftare, och en annan person mindre ofta. Dessa önskningar kan senare komma att bli mål och delmål i brukarens personliga plan.

För de brukare som har inte har något privat nätverk, kan just det bli väldigt tydligt när man gör nätverkskartan. Det här kan förstås väcka känslor av olika slag och det är viktigt att följa upp vilka tankar som har väckts. CM kan förslagsvis motivera till att just detta kan vara ett bra mål att arbeta mot, att finna sociala sammanhang och att få vänner.

En vanlig dag

Syftet med arbetsbladet är brukaren ska identifiera vad i vardagen man önskar förändra. Inledningsvis diskuteras vad brukaren gör en vanlig dag, vilka platser man befinner sig på och vilka personer man träffar. Detta följs av en diskussion kring vad man önskar göra mer eller mindre av, samt vad som hindrar brukaren att göra det man vill. Det som hindrar brukaren ger ofta svar på vilka åtgärder man kan behöva göra för att nå en förändring.

För att ta ett exempel: Stefan skulle vilja ha ett arbete. Det som hindrar honom är att han är trött och inte vet vad han skulle vilja arbeta med. Genom att ta reda på orsakerna till tröttheten och göra en plan för hur Stefan ska kunna ta reda på vad han skulle vilja arbeta med kan man sätta in lämpliga vård- och stödåtgärder. Kanske närstående kan hjälpa till med något? Observera att vård- och stödåtgärder inte sätts in under kartläggningen. Detta blir först aktuellt om Stefan i Planeringsfasen väljer som långsiktigt mål att skaffa ett arbete.

Quality of Life – Self Assessment (QLS-100)

QLS-100 är ett arbetsblad som ger brukaren möjlighet att scanna av 100 olika livsområden, i syfte att finna vilka förändringar som skulle kunna förbättra livskvalitén. Arbetsbladet utförs genom att brukaren, utan för lång eftertanke, ringar in de områden som man inte är nöjd med. Därefter för CM och brukaren en mer fördjupad diskussion kring de inringade områdena, och brukaren väljer ut de 2-3 som anses vara mest angelägna att börja förändra. Dessa utvalda områden blir sedan underlag för diskussion i samband med upprättande av den ”personliga planen”.

Levnadsvanor och upplevelse av hälsa

I en kartläggning av brukens livssituation bör även upplevelsen av den egna hälsan ingå. På många mottagningar har man idag rutiner för hälsosamtal och hälsoscreening. Om så är fallet blir det aktuellt för CM/VSS att ta reda på om samtalet är genomfört med aktuell brukare, och i så fall vad som framkommit. Önskemål om förändringar relaterat till hälsa och livsstil ska läggas till i sammanfattningen av kartläggningen, för att senare kunna bli ett mål/delmål att arbeta mot. Om rutiner/manual för hälsosamtal saknas på arbetsplatsen, finns ett arbetsblad med hälso-/livsstilsfrågor i kartläggningsmaterialet för R-ACT.

Intervju av närstående

En intervju med brukarens närstående ska genomföras innan uppstart av resursgruppsarbetet. Intervjun ger CM möjlighet till viktig information som har betydelse för det fortsatta resursgruppsarbetet. Frågorna är utformade för att identifiera närståendes kunskap om sjukdomen och hur deras relation till brukaren ser ut. Vidare diskuteras områden som berör närståendes belastning och hur närstående och brukare kommunicerar med varandra. Det som framkommer under intervjun ger CM underlag för bedömning av behov av insatser som t.ex. psykopedagogisk utbildning, stresshantering och kommunikationsträning.

Intervjun genomförs enskilt med varje närstående, för att ge just den personen möjlighet att ge sin bild och upplevelse av situationen. För många blir intervjutillfället kanske första gången de får möjlighet att i lugn och ro framföra sina tankar, sin oro och sina frågor. Att alla inblandade närstående får möjlighet att göra detta *före* första resursgruppsmötet ger förutsättningar för ett bra arbetsklimat i kommande resursgruppsarbete.

Av olika skäl väljer brukaren ibland att *inte* bjuda in sina närstående till resursgruppen. I dessa fall rekommenderas starkt att man ändå gör intervjun med de närstående, med brukaren samtycke. Anledningen är densamma som angivits ovan dvs. de närstående har ofta betydelsefull kunskap och information att delge, och de har behov av stöd och att få vara delaktiga även om de inte ingår i resursgruppen.

Praktiska tips under kartläggningen

Ge tydlig information om arbetsbladen

Att fylla i arbetsblad kan av vissa brukare upplevas som främmande, obekvämt och ge en känsla av prestationsångest. För andra brukare är arbetsbladen en positiv upplevelse som skapar en känsla av delaktighet och seriositet. Oavsett är det viktigt att brukaren har fått tydlig information om vad arbetsbladen ska användas till, vem som kommer att läsa dem samt var de ska förvaras/journalförvaras, innan kartläggningen påbörjas. Informera också om att det är brukaren själv som bestämmer om hen vill göra ett arbetsblad, vilka som får ta del av det samt hur det ska förvaras.

Lämna inte ut allt material på en gång

En rekommendation är att *inte lämna ut allt* kartläggningsmaterial till brukaren vid första träffen. Erfarenhet har visat att det kan skapa oro och stress att få en hel pärm med kartläggningsmaterial som man inte riktigt förstår sig på. Under kartläggningens gång arbetar man vanligtvis med ett arbetsblad i taget. Tillsammans med brukaren bestämmer ni om brukaren vill ha det aktuella arbetsbladet i förväg för att titta på och kunna förbereda sig, eller om det delas ut i samband med att det ska fyllas i. En del tycker det är skönt att titta på materialet i lugn och ro, medan andra känner sig stressade av det. Oavsett är det dock bra om brukaren *fyller i* arbetsbladet när CM är närvarande, för att ha chans att få stöd eller om man har missuppfattat något.

Om brukaren är påverkad av symtom eller har kognitiva svårigheter

Det kan vara svårt att hålla fokus och fylla i arbetsblad för en brukare med stora kognitiva svårigheter eller som är påverkade av positiva symtom. Om man som CM/VSS märker att brukaren inte kan koncentrera sig eller inte vill fylla i arbetsbladen, behöver det inte betyda att man inte kan fortsätta kartläggningen. CM kan utgå från arbetsbladets syfte/frågor, och istället föra ett samtal kring dessa så långt det är möjligt. Framkommer det information som är av betydelse för kommande målsättning, så kan man fylla i det direkt i arbetsbladet för ”Sammanfattning av kartläggning”.

Att kunna ”sitta på händerna”

I kartläggningen framkommer ofta önskemål om förändringar, svårigheter och hinder som man som CM genast ser en lösning på. Det är lätt att vid sittande bord omgående börja diskutera och planera för hur man ska nå målen eller överkomma hindren. Det är mycket bra om man som CM kan vänta med att agera tills hela kartläggningen är färdig. Under kartläggningen ska informationen bara *samlas in*, för att i nästa fas, planeringsfasen, omvandlas till mål/delmål och åtgärder. Att ”sitta på händerna” och inte börja åtgärda, är svårare än man kan tro!

Tanken är att kartläggningen skall ge brukaren tillräckligt med kunskap och information om sig själv och sin situation för att kunna formulera genomtänkta målsättningar, göra en strukturerad plan och finna de viktiga personerna att bjuda med i sin resursgrupp. Det är först när brukaren får hela bilden klar för sig, som det blir möjligt att prioritera och veta var man ska börja.

Givetvis ska man inte vänta hela kartläggningsfasen om akuta problem uppstår, eller om problemen är av enklare karaktär där brukaren med enkla medel kan nå en förbättrad livskvalitet.

Utökad kartläggning/kompletterande arbetsblad

De arbetsblad som presenteras i den här manualen är de vanligaste som används i R-ACT arbetet, d.v.s. ett basutbud. Ibland finns det anledning att komplettera kartläggningen med andra arbetsblad, skattningar eller utredningar.

Exempel på skattningar som kan komplettera basutbudet:

- Alkohol och droger
- Praktiska och sociala färdigheter
- Funktionsbedömning
- Olika typer av kognitionsskattningar
- Symtom- och remissions-skattningar
- Utvidgad livskvalitetsskattning
- Suicidriskbedömningar
- Sexuell funktion
- Attityder till läkemedel
- Ekonomi
- Stigmaskattning
- Närstående situation
- Osv...

Förutom underlag från kartläggningen, kan det finnas viktig information som framkommit vid andra tillfällen, och som kan komplettera kartläggningen. Det kan t.ex. handla om:

- Tidigare genomförda utredningar eller bedömningar
- Biståndsbeslut
- Tidigare vårderfarenheter
- Somatisk vård
- Arbetsförmåga
- Ekonomi
- Osv....

Det är CM uppgift att ta reda på vad som har gjorts tidigare och som kan behöva komplettera kartläggningen. Ibland saknas viktig information sedan tidigare.

Planeringsfasen

Kartlägningsfasen är färdig när både brukare och CM/VSS känner att man har tillräckligt underlag för att arbeta vidare med att formulera målsättning och åtgärder. Under följande fas, *planeringsfasen*, kommer ni att:

- Sammanställa kartläggningen
- Utse resursgruppsdeltagare
- Formulera mål och delmål
- Skriva ett underlag för brukarens ”Personliga utvecklingsplan”
- Förbereda det första resursgruppsmötet

Sammanställning av kartläggning

Första steget i planeringsfasen är att sammanställa vad som framkommit under kartläggningen. Sammanställningen underlättar för brukaren att se sina önskemål, se vilka resurser som finns samt att få en uppfattning om vad som idag utgör hinder och svårigheter.

Det är viktigt att brukaren är delaktig även under sammanställningen av kartläggningen. Påminn gärna om syftet med kartläggningen; att den ska ge information som är till stöd för brukaren att finna sina mål och att den är till hjälp för CM/VSS att förstå vilket stöd, strategier och behandling som behöver erbjudas. Brukaren och CM/VSS diskuterar varje ifyllt arbetsblad utifrån vilka önskemål, hinder och resurser som framkommer. Skriv ner en kort sammanfattning av det viktigaste, använd gärna arbetsbladet ”Sammanställning av kartläggning” (se arbetsblad). Förslagsvis diskuterar ni och gör en sammanfattning direkt i anslutning till varje genomfört arbetsblad/skattning. På det viset undviker ni att ha kvar arbetet med att gå igenom och sammanfatta alla arbetsblad efter avslutad kartläggning. ”Delat beslutsfattande” skall genomsyra allt arbete som sker i RACT. [Läs om Delat beslutsfattande](#)

Mål och delmål

Av forskning och erfarenhet vet vi att de som återhämtat sig från allvarlig psykisk sjukdom beskriver den egna motivationen och ansträngningen som avgörande för framsteg. De flesta människor har mål och drömmar i livet. Att sätta upp mål kan vara enkelt, men vi alla vet hur svårt det kan vara att fullfölja sin målsättning. Det räcker inte med att *säga* att man ska uppnå något, man måste också ha en tanke om hur man ska nå dit. Och när man väl har formulerat sin plan gäller det att följa den, och det är framförallt här det brukar bli problem.

För personer med svår psykisk ohälsa och kognitiva nedsättningar är det extra svårt. Sjukdomen påverkar bl.a. motivation och initiativförmåga, och symtom och läkemedel kan bidra med ytterligare svårigheter.

Upplevelser av tidigare misslyckanden kan innebära rädsla för nya besvikelser och ge en känsla av hopplöshet. CM/VSS har ett viktigt arbete med att uppehålla både brukarens och sin egen motivation och tro på att förändring är möjlig. Genom att använda hela resursgruppen för stöd och hjälp samt att ta små steg i taget, ökar chanserna att lyckas.

Med hjälp av öppna utforskande frågor kan vi lotsa brukaren fram till vilka önskemål och tankar om framtiden som finns. CM/VSS måste ha beredskap för att det i brukarens svåra situation, kan vara svårt att se och prata om möjligheter för framtiden. Genom att låta samtalet ta tid och fortsätta visa intresse med hjälp av respektfulla frågor, och genom att be om förtydliganden för att förstå bättre, så ges brukaren en chans att finna och formulera sin egen målsättning.

Brukarens egna önskemål styr arbetet

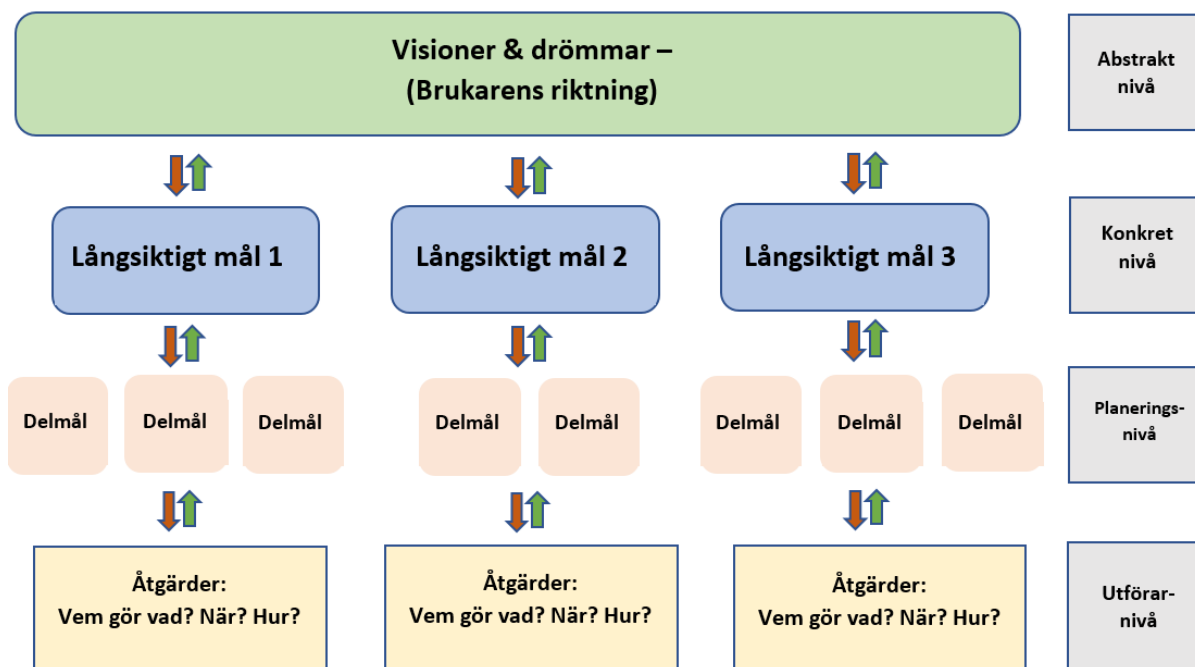
En av hörnstenarna i R-ACT är att det är brukarens *egna personliga* önskemål som utgör grunden för den personliga planen. D.v.s. det är *inte* de professionellas, eller de närståendes, syn på vad brukaren behöver förändra i sitt liv som utgör målsättning. Brukarens långsiktiga mål ska heller inte bedömas utifrån dess rimlighet eller möjlighet att uppnå, det handlar istället om att se det som en riktning att arbeta mot.

Att arbeta i riktning mot det långsiktiga målet innebär att arbeta stegvis med små rimliga delmål. Hur nära brukaren kommer sitt långsiktiga mål kan bara framtiden utvisa. Men oavsett så kommer man närmare, och uppnår troligtvis en förändring som i sig innebär något positivt för brukarens livskvalité. Även människor med psykisk sjukdom har rätt att få sikta mot stjärnorna, för att kunna nå trädkropparna.

Förändringens olika målnivåer

Att arbeta med målsättningar handlar om att strukturerat arbeta mot *förändringar*. Att stödja brukaren att identifiera långsiktiga mål, bryta ner dem till delmål och komma fram till strategiska åtgärder för att livet ska gå i den riktning som brukaren önskar. Man kan dela in förändringen i olika nivåer, från visioner och drömmar - till långsiktiga mål- och till delmål.

Nedanstående bild illustrerar de olika nivåerna:



Riktning, långsiktiga mål och delmål

I arbetet som följer efter kartläggningen ingår att sortera bland de önskemål om förändring som har uppkommit. Vissa önskemål kan man enkelt lösa nästan i stunden, andra önskemål är mer komplexa och behöver oftast brytas ner i delmål. Önskemål som är enkla att uppnå kan med fördel lösas omgående, t.ex. med hjälp av 6-steps problemlösning. Ex. på den typen av enkla mål kan vara att det i kartläggningen har framkommit att man behöver en ny glödlampa till toaletten, att man önskar en prenumeration på en dagstidning, att man inte vet busstiderna o dyl. Utöver de önskemål som kan åtgärdas omgående, gäller att tillsammans med brukaren definiera *en riktning*, 1-3 *långsiktiga mål* samt genomförbara *delmål*. Utgå från vad som framkommit i kartläggningen när ni diskuterar.

Brukarens *riktning* handlar om visioner och drömmar om hur man önskar att ett framtida liv ska se ut. En riktning kan uttryckas svävande och abstrakt, och tjänar som drivkraft och motivation. Riktningen utgör också underlag för fortsatta diskussioner, där lite mer tydliga långsiktiga mål kan utkristalliseras. Ex. på en riktning kan vara:

- ”att få familj och barn och leva ett vanligt liv”
- ”att bli en erkänd konstnär”

- ”att få bo i ett eget hus på landet med hönor och hundar”
- ”att må bättre”.

Utifrån den angivna riktningen är det möjligt att ställa följdfrågor och identifiera ett eller ett par *långsiktiga mål*. Ett långsiktigt mål är ett mål som beräknas ta mer än 6 månader att uppnå, och kräver oftast att det bryts ner i delmål. Ex. på långsiktiga mål:

- ”att träffa en partner”
- ”att få en egen lägenhet”
- ”att få ett jobb”
- ”att bli av med mina hallucinationer”
- ”att gå ner 15 kg i vikt”

Ett långsiktigt mål behöver brytas ner i mindre delmål. Ett delmål ska vara möjligt att uppnå inom ca 3 månader. Ex. på *delmål* (som ska vara uppnådda innan nästa resursgruppsmöte):

- ”anmäla mig själv till en danskurs i bugg före den 16 augusti”
- ”sätta upp mig i bostadskö hos minst 3 hyresvärdar före den 1/7”
- ”lära mig att laga minst 3 utvalda maträtter efter recept. Ska kunna laga minst 1 av dem själv före 15/8”
- ”träffa en studievägledare före 15/8 för att ta reda på vad som krävs för att komma in på en datautbildning”
- ”boka läkarsamtal för prata om ny medicinering, före min kontaktperson går på semester den 4/7”
- ”påbörja deltagande i stresshanteringsgrupp som startar den 20/9.”
- ”gå ner 2 kg i vikt varje månad fram till årsskiftet 30/12-2020”

Att göra abstrakta mål mer konkreta

En *riktning*, är ofta uttryckt i abstrakta termer, och ger oss därmed inga svar på vad vi behöver göra för att nå dit. Vi behöver tillsammans med brukaren bryta ner visioner och drömmar i mer konkreta och långsiktiga mål; för att finna lämpliga åtgärder, för att kunna följa processen och för att kunna utvärdera om förändringen leder till önskad målsättning.

Om *riktningen* t.ex. är: ”Jag vill må bättre”, så är det svårt att veta vad som behöver förändras, och inte heller är det möjligt att utvärdera process eller måluppfyllelse. Genom att brukaren förtydligar vad ”må bättre” innebär och vad som behöver förändras för att man ska må bättre, så kan t.ex. ett av de långsiktiga målen bli ”att gå ner 10 kg i vikt”. Nu blir det möjligt att prata vidare om hur viktnedgången kan gå till samt finna lämpliga delmål och åtgärder för kommande tremånaders period. Det är nu också möjligt att följa processen samt veta när målet är uppnått.

För att bryta ner visioner och abstrakta mål till tydligare långsiktiga mål och delmål kan vi använda oss av olika tekniker. I nästa stycke presenteras förslag på sådana verktyg.

Verktyg när man arbetar med förändringar

Det finns många olika verktyg man kan tillämpa när man arbetar med målsättningar. Här beskrivs tre varianter, Nolans förbättringsmodell, SMART:a mål och 6-steps problemlösning:

Nolans förbättringsmodell

Nolans förbättringsmodell utgår från fyra frågeställningar:

1. Vad vill vi åstadkomma? Varför? (Skapar mål och drivkrafter hos brukaren)
2. Hur ska förändringen gå till? (Skapar en plan för hur det ska gå till)
3. Hur kan vi veta om en förändring leder till en förbättring? (Utvärderar resultatet och kan skapa drivkrafter hos brukaren)
4. Hur kan vi mäta processen? (Anger vilka mått som ska mätas *under tiden* så att man når målet)

Genom att besvara frågorna kan man hjälpa en brukare att skapa tydliga målsättningar som kan utvärderas och man kan dessutom snabbt identifiera problem under processen. För att skapa drivkrafter/motivation hos brukaren är det viktigt att diskutera *varför* man vill göra en förändring.

Exempel på hur modellen kan tillämpas i praktiken:

- Vad vill du åstadkomma? Svar: Sluta röka
- Varför? Svar: För att det är dyrt och ohälsosamt. Risken att dö i förtid är X %.
- Hur ska förändringen gå till? Svar: Rökavvänjning, träna, sätta in 500 kr på autogiro varje månad.
- Hur kan vi veta om en förändring leder till en förbättring? Svar: Får mer pengar över i månaden, hostar mindre på morgonen, förbättrad lukt och smak, orkar mer och har råd att hitta på roliga saker.
- Hur kan vi mäta processen? Svar: Räkna antal cigg/dag, dokumentera antal tillfällen jag varit på rökavvänjningskursen, antal träningsstillfällen osv...

SMART:a mål

Hur man formulerar ett mål har betydelse för hur hjälpsamt målet blir för att uppnå en faktisk förändring. Det finns fler faktorer att ta hänsyn till om man ska få till ett bra och effektivt mål, ”SMART:a mål” ger oss lite hjälp. Ett SMART mål kännetecknas av att det är: **S**pecifikt, **M**ätbart, **A**ccepterat, **R**ealistiskt och **T**idsatt.

Specifikt handlar om att det ska vara tydligt och avgränsat. *Mätbart* handlar om att brukaren redan i förväg bestämmer hur hen ska veta om målet är uppnått eller inte. De som förväntas bidra till att målet uppnås, eller på annat sätt påverkas av målet, måste *acceptera* och förstå det. Målet ska också vara realistiskt, och det ska framgå inom *vilken tid* målet ska vara uppfyllt.

Exempel på ett SMART mål:

”Klara av att på egen hand åka in till Göteborg med kollektivtrafiken oberoende av dag och tid i veckan, innan den 1 juli.”

Som ni ser i exemplet ovan är målet **Specifikt**, **Mätbart** och **Tidsatt**. Genom diskussion behöver man även testa målet genom att diskutera om det är **Accepterat** och **Realistiskt**.

Om det inte är accepterat av någon, hur kan man lösa det? Behöver någon mer information? Kan någon bjudas in till ett resursgruppsmöte? Osv.

Är målet inte realistiskt, vad är det i så fall som inte är realistiskt? Korrigera målet så att brukaren själv tror sig klara av att det. Det är bättre för självkänslan att uppnå ett lågt uppsatt mål, än att misslyckas med att uppnå ett högt uppsatt mål.

Men som alltid gäller att ”lagom” är en bra utgångspunkt. D.v.s. det ska vara *nästan* 100 % säkert att målet ska gå att uppnå, men det ska ändå innehålla en tillräckligt stor utmaning för att det ska innebära en förändring av något slag.

Nå mål med 6-steps problemlösning

Med hjälp av 6-steps problemlösning kan man komma fram till olika lösningar för att nå sina målsättningar. Läs mer om 6-steps problemlösning i kapitlet om ”Genomförandefasen”. Om målet är att sluta röka låter man alla närvarande komma med förslag på sätt att nå målet. Därefter diskuteras fördelar och nackdelar med olika lösningsförslag. Sedan väljer brukaren det förslag hen tycker passar bäst och man gör en tydlig arbetsfördelning om vem som gör vad, när och hur det ska gå till.

Det är alltid viktigt att sätta upp en tid för när det är lämpligt att utvärdera hur det går. Det är inte ovanligt att man kan behöva göra korrigeringar även om planen är genomtänkt och strukturerad.

Vad brukaren behöver för stöd och behandling för att uppnå sina delmål

När delmålen är genomtänkta och formulerade så kvarstår frågor som ”hur ska jag nå hit?” och ”vad behöver jag för stöd och hjälp?” Lämpliga frågeställning för brukaren och CM/VSS att börja med är ”vad kan hindra mig att nå mitt delmål? Och vad har jag för resurser som kan vara till hjälp på vägen? Det har med största

säkerhet framkommit både svårigheter och resurser under kartläggningen som kan vara viktiga att ta fasta på i sammanhanget.

Om man t.ex. utgår från nedanstående välformulerade mål så blir det tydligt att vi måste veta vad som idag hindrar brukaren att åka kollektivt, för att veta vilket stöd och träning som behövs:

”Klara av att på egen hand åka in till Göteborg med kollektivtrafiken oberoende av dag och tid i veckan, innan den 1 juli.”

Handlar det om att personen inte vet när och var bussarna går? Är personen orolig för att träffa någon speciell människa på bussen? Har personen ett kroppsligt handikapp som försvårar bussresande? Bliir personen orolig av tanken på bussresan eller att symtom kan öka? Är personen åksjuk och rädd för att kräkas? Vet personen inte hur man löser biljett? Har personen social fobi? Eller är det flera av dessa saker som hindrar?

Vilket stöd och vilka åtgärder som behövs beror helt på vad som idag utgör svårigheten/hindret. Låt oss säga att i exemplet ovan handlar det om att personen varken kan busslinjerna eller vet hur man betalar eftersom han undvikit att åka buss i 15 år pga. social rädsla. Han har nu som önskemål att kunna åka in till Göteborg för att lyssna på musik eller fritt kunna promenera runt. Resurser som är till hjälp är att personen har ekonomi för att köpa busskort, han har en bror som kan vara till stöd, och han har ett brinnande intresse för jazzmusik som motivation. Stöd och åtgärder som planeras kan då bli:

- Brukaren och boendestödjare tränar på att ladda ner, förstå och använda Västrafiks app ”To Go”.
- Brukaren och hans bror ska tillsammans åka buss in till Göteborg vid minst 1 tillfälle i veckan under kommande månad.
- Brukare och CM ska 1g/vecka träna rollspel utifrån sociala situationer som verkar skrämmande.
- Brukaren ska delta i den ESL-kurs som startar om 6 veckor.
- Brukaren ska själv ha provat att åka buss ensam vid två tillfällen innan nästa resursgruppsmöte, en morgon och en eftermiddag. CM har som uppgift att planera för dessa tillfällen tillsammans med brukaren.

Utvärdera hur det går

Liksom i allt förändringsarbete är det centralt att följa upp hur processen fortlöper för att försäkra sig om att man är på väg åt rätt håll. Delmålen ska regelbundet utvärderas på resursgruppsmötena, som vanligtvis hålls med 3 månaders mellanrum. För att undvika att förspilla tid och motivation är det viktigt att CM/VSS, eller annan resursgruppsperson, ger brukaren stöd genom täta uppföljningar *mellan*

resursgruppsmötena. Det finns annars risk för att man efter tre månader konstaterar att planeringen av någon anledning brustit redan efter första veckan. Förslagsvis gör brukaren och CM/VSS en kort uppföljning av hur det går med delmålen vid varje tillfälle man träffas.

Om brukaren har stött på svårigheter blir det möjligt att tillsammans planera för ev. mer stöd eller annat som kan behövas för att planering ska kunna genomföras och delmålen uppnås.

Normalisera svårigheter och motgångar

Det är svårt att uppnå sina målsättningar i livet oberoende av om man har en psykisk sjukdom eller inte. Normalisera svårigheter och motgångar genom att påminna om att det är högst vanligt att resan mot målet inte alltid går på räls, och att detsamma gäller för alla människor. I de fall det finns skäl, så dela gärna ansvaret med brukaren för att delmålet ev. inte kunnat uppnås. Det kan t.ex. gälla om åtgärderna inte getts tillräckligt med stöd, eller att uppföljning inte har skett med tillräcklig regelbundenhet.

Personlig plan

I R-ACT kallas det dokument där man nedtecknar brukarens mål samt åtgärder och planering för "Personlig plan". Det finns ofta flera möjliga planeringsdokument att använda i våra verksamheter, och det är egentligen oviktigt vad det kallas. Det viktiga är att det finns möjlighet att nedteckna långsiktiga mål, delmål samt vilka åtgärder/stöd som planeras och av vem. Om både sjukvård och kommun deltar i resursgruppsarbetet används oftast regionens SIP-formulär istället för någon annan plan (SIP= samordnad individuell plan).

Det är CM/VSS ansvar att planering och dokumentering av vård- och stödinsatser blir begripliga för brukaren, och att det går att förstå hur åtgärderna hänger ihop med målsättningen. VSS ansvarar för att brukaren alltid har tillgång till den senaste versionen av sin plan, samt ser till att övriga resursgruppsdeltagare får kopior.

Hur man väljer att dokumentera den Personliga planen/SIP i journalen varierar. Man skall följa sin verksamhets riktlinjer för dokumentation. Vissa scannar in planen, andra skriver manuellt in mål och åtgärder i den vårdplan/genomförandeplan som finns inlagd i aktuellt journalsystem.

Val av resursgruppsdeltagare

Om brukaren inte redan har bestämt vilka deltagare som ska ingå i hans resursgrupp, är det lämpligt att göra det i samband med sammanställningen av kartläggningen. Utgå från nätverkskartan när ni pratar om vilka personer som kan vara till stöd i en resursgrupp. Diskutera vilka personer som är viktiga och som kan vara ett gott stöd.

Det finns ibland personer som är viktiga för brukaren, men som av olika skäl samtidigt kan upplevas vara till besvär. Det kan t.ex. vara en pappa som ställer för höga krav, en mamma som upplevs "lägga sig i allt", en vän som upplevs tjatig och inte förstår varför man ibland behöver vara för sig själv. Ibland finns det skäl att motivera brukaren till att bjuda med vissa av dessa deltagare, *just* för att de både upplevs som viktiga och besvärliga.

Arbetet i en resursgrupp ger möjlighet att förbättra det som idag skapar svårigheter i relationen. T.ex. kan en psykopedagogisk utbildning innebära att både pappan, mamman och vännen bättre förstår hur sjukdomens symtom påverkar brukarens förmåga, ork och behov.

CM/VSS kan förklara och motivera, men i slutändan är det alltid brukaren som avgör vilka som ska ingå i resursgruppen. Det är förstås också möjligt att bjuda in deltagare till resursgruppen vid senare tillfälle, om brukaren från början är tveksam till att bjuda in vissa personer.

När brukaren har valt personer till sin resursgrupp behöver de bli tillfrågade om de vill delta. Det är bra om brukarens själv kan tillfråga de utvalda personerna i sitt privata nätverk. CM/VSS kan behöva ge stöd när det gäller hur frågan ska formuleras samt hur man kan ge en kortfattad information om vad resursgruppsarbetet innebär. Gör gärna en skriftlig information tillsammans med brukaren. Om brukaren av olika anledningar inte själv kan tillfråga sina utvalda resurspersoner, så får CM/VSS vara behjälplig.

Förberedelse inför första resursgruppsmötet

Det första resursgruppsmötet behöver förberedas väl. Det gäller även kommande möten, men det första mötet kräver lite extra. I förberedelserna ingår:

- Boka tid och plats, samt skicka inbjudan
- Förbereda den personliga utvecklingsplanen
- Göra en agenda för mötet
- Förbereda brukaren inför mötet

Boka tid och plats samt skicka inbjudan

Så snart brukaren har tillfrågat sina utvalda deltagare och de har tackat ja till att ingå i resursgruppen, så bör tid och plats bokas för det första mötet. Det är att rekommendera att man har minst en månads framförhållning, gärna längre. Människor har ofta sin kalender full, och ju längre framförhållning desto större chans att den föreslagna tiden passar alla. Det är önskvärt att även läkaren deltar på det första resursgruppsmötet, så kolla gärna av tiden med läkaren innan utskick till övriga deltagare görs.

Brukaren bestämmer var resursgruppsmötet ska hållas. R-ACT förespråkar att möten och träffar sker i brukarens hem när det är möjligt. Men om brukaren hellre vill ha mötet på mottagningen, eller någon annanstans, så får det bli så.

Brukaren och CM/VSS gör en skriftlig inbjudan med uppgifter om tid och plats, som skickas ut till deltagarna. Även om agendan inte är klar i detalj, så kan en översiktlig information om mötets syfte och innehåll bifogas.

Be deltagarna om en bekräftelse på om de kommer på mötet eller ej. Inbjudna till resursgruppsmöten bör informeras om hur ett resursgruppsmöte skiljer sig från andra möten man kan vara van vid.

Förbereda den personliga utvecklingsplanen

Det är av tidsskäl bra om CM/VSS och brukaren har formulerat mål och delmål, innan det första resursgruppsmötet. Om brukarens mål och delmål är tydligt formulerade, kan mötet ägnas åt att diskutera vilket stöd, behandling eller andra åtgärder som kan hjälpa brukaren att nå dessa delmål, samt vem som ska göra vad. Ibland kallar man denna förberedande plan för en "blyertsplan" dvs. ett utkast till en personlig plan, som sen kan antas eller revideras på resursgruppsmötet.

CM/VSS kan också förbereda genom att presentera en sammanfattning av brukarens kartläggning, mål och delmål för *sitt team*. Utifrån teamets olika professioner kan CM/VSS få förslag på stöd och behandling som kan hjälpa brukaren att nå sina mål. Dessa förslag kan presenteras på resursgruppsmötet. Självklart har brukaren fått ta del av förslagen innan de presenteras på mötet.

Brukaren bestämmer agendan

Ett resursgruppsmöte pågår ca 1 timme, och tiden går fort. Det är därför angeläget att man gör en agenda för vad man vill diskutera på mötet, och håller sig till den. Agendan bestäms av brukaren, med stöd av CM/VSS.

Agendan för det första resursgruppsmötet skiljer sig lite från kommande möten. På första mötet behöver man presentera utkastet till den Personliga planen/SIP, man behöver säga några ord om processen i R-ACT, ge en översikt av det framtida arbetet i resursgruppen och man kan också behöva säga något om mötesordning och önskat samtalsklimat.

En agenda för ett första resursgruppsmöte kan t.ex. se ut så här:

- Presentation av resursgruppsdeltagare (5 min)
- Kort information om R-ACT och samarbetet i resursgruppen (5 min)
- Presentation av brukarens mål och delmål (10 min)
- Gemensam diskussion gällande förslag på åtgärder och stöd för att resp. delmål ska uppnås (30 min)
- Sammanfattning av vem som gör vad till nästa gång (5 min)

- Boka tid för nästa resursgruppsmöte (5 min)

Det är inte nödvändigt att agendan som skickas ut innehåller tidsangivelser som ovan. Men det är nödvändigt att CM/VSS och brukaren har gjort en tidsplan att hålla sig till under mötet.

Förbereda brukaren inför mötet

Resursgruppsmötet är brukarens möte. I den mån det är möjligt ska brukaren själv hålla i sitt möte och vara ordförande. Men för många brukare är det en lång process att nå dit, och att känna sig trygg med uppdraget. Det är vanligt att CM/VSS håller i de första resursgruppsmötena. Det är viktigt att brukaren hålls så delaktig som möjligt, och gärna tilldelas mindre uppgifter att utföra under mötet, t.ex. att hälsa välkommen, att läsa upp agendan, eller att dela ut den.

Ett förberedande möte tillsammans med brukaren ska hållas inför varje resursgruppsmöte och bör förläggas några dagar före resursgruppsmötet. På ett förberedande möte bör man:

- Diskutera igenom punkterna på agendan: Vad är viktigt att säga, och vad ska man ev. *inte* säga. Det kan finnas saker som brukaren inte vill prata om.
- Av den information som framkommit under kartläggningen, vad vill brukaren berätta om, och vad ska inte tas upp?
- Vilka arbetsuppgifter vill brukaren ha under mötet? Är det något ni behöver öva på?
- Är det något kring resursgruppsmötet som brukaren oroar sig för? Diskutera i sådant fall en strategi att hålla sig till.
- Vill brukaren ta en paus under mötet?
- Beroende på var mötet ska hållas; om det är i brukarens hem, finns det något ni behöver förbereda där inför mötet? Om mötet ska hållas på mottagningen, vill brukaren titta på rummet?
- Hur ska ni sitta på mötet? Förslagsvis sitter brukaren och CM/VSS bredvid varandra. Det möjliggör för CM/VSS att hålla brukaren delaktig samt att vara till stöd när brukaren ska utföra sina tilldelade uppgifter.
- Bestäm tid när brukaren/CM ska vara på plats innan mötet, förslagsvis 10-15 min före mötet börjar.

Resursgruppsmötet i praktiken

Resursgruppen är navet i metoden R-ACT. Det är i resursgruppen samtliga viktiga beslut om åtgärder beträffande stöd och behandling fattas. Resursgruppen består *alltid* av brukaren samt en till två vård- och stödsamordnare/case managers. I den inledande kartläggningen identifieras också andra viktiga personer som brukaren vill ha med i sin resursgrupp, både privata och professionella aktörer. Den medicinska behandlingen är viktig, därför är det att föredra att brukarens läkare är delaktig på resursgruppsmötena.

Det finns många goda skäl till att träffas i en resursgrupp:

- Samtliga arbetar utifrån brukarens önskemål om förändring
- Det finns en tydlig ansvarsfördelning vem som gör vad, när och hur det ska gå till
- Man kan lättare lösa komplexa problem när inblandade parter sitter tillsammans. Detta gäller både brukarens och närståendes problem, liksom svårigheter gällande samordning mellan kommun och psykiatri
- Minskar risken att brukaren faller mellan stolarna
- Utvärdering av vård- och stödinsatser och nya modifierade målsättningar sker genom kontinuerliga resursgruppsmöten
- Alla är överens om och vet hur man ska agera vid en eventuell försämring
- Det blir enklare för CM/VSS att tillsammans med brukaren leda arbetet

Strukturen på ett resursgruppsmöte

Utgångspunkten för resursgruppsmötet är den agenda/dagordning som arbetats fram tillsammans mellan CM/VSS och brukaren. Det är brukaren som avgör vad som ska tas upp på mötet, men en tumregel är att; diskutera vad som hänt sen sist, vad som är aktuellt just nu samt hur det fortsatta arbetet ska organiseras och planeras. Olika typer av vård- och stödinsatser sker sedan i mindre konstellationer av resursgruppen, t. ex psykopedagogisk utbildning till brukare och närstående.

Det är viktigt att samtliga resursgruppsmedlemmar är informerade om mötesstrukturen. Mötet ska vara tidsatt och möteslängden anpassad efter brukarens förmåga att ta till sig och ge information. Agendan är fast och endast om det finns synnerliga skäl bör nya punkter läggas till när mötet startar. Punkter på dagordningen skall påannonseras redan när CM/VSS och brukaren sätter agendan. Annars är risken stor att mötet inte kan hållas inom tidsramen. Det kan också skapa en otrygghet för brukaren om man inte är säker på vad som kommer att avhandlas på mötet.

Det finns flera saker man behöver tänka på under ett resursgruppsmöte:

- Se till att resursgruppsdeltagarna är informerade om strukturen på resursgruppsmötet
- Hålla tiden
- Se till att hålla sig till agendan och att varje punkt disponeras så att man inte hamnar i tidsnöd, d.v.s. att mötet upplevs effektivt och meningsfullt
- Se till att brukaren görs så delaktig som möjligt
- Se till att brukaren förstår det som sägs
- Se till att alla får komma till tals
- Komma överens om hur arbetet ska organiseras och planeras och skriva ner åtgärder i brukarens Personliga plan
- Se till att skapa en god stämning i resursgruppen
- Boka ny tid för uppföljning

Brukarens delaktighet på resursgruppsmötet

Det är CM/VSS roll att göra brukaren så central som möjligt på resursgruppsmötet. En huvudidé är att brukaren på sikt skall vara ordförande på resursgruppsmötena. Vissa brukare har inget intresse att själva hålla i mötena och vissa har inte förmågan att någonsin hålla i ett resursgruppsmöte på egen hand. Men det finns många sätt att göra brukaren så delaktig som möjligt. Ett sätt kan vara att låta brukaren läsa upp punkterna på dagordningen eller skriva ner åtgärder i den personliga utvecklingsplanen. CM/VSS är den som har ansvar för övriga delar på mötet.

Ibland händer det att diskussioner förs ”över huvudet” på brukaren eller att språket är för invecklat. CM/VSS roll är att då och då stämma av om brukaren har förstått vad som sagts och se till att diskussioner inte förs *om* brukaren utan *med* brukaren. Genom att CM/VSS agerar rollmodell kan ofta resursgruppsmedlemmar lära sig nya beteenden och förhållningssätt.

Nyinbjudna deltagare, t.ex. myndighetspersoner är ibland vana vid att hålla i möten och intar därför automatiskt en ordföranderoll. Det är viktigt att informera dessa personer att resursgruppsmötet är brukarens möte och att idén är att brukaren tillsammans med CM/VSS håller i strukturen.

Hur ofta träffas man i resursgruppen och var hålls mötena?

R-ACT förespråkar att möten sker hemma hos brukaren. Att träffas i hemmiljö tydliggör att det är brukaren som är central i resursgruppsarbetet, och det skapar en jämnare maktbalans. Det ger också CM/VSS en större helhetsbild av brukarens situation. I de fall där brukaren inte vill träffas hemma hos sig sker mötena på annan plats som brukaren tycker är lämplig. Om möten i brukarens hem blir ett hinder för samverkan är det bättre att ha träffar på annan plats än inga träffar alls. Det kan t.ex. gälla om en för tillfället central deltagare inte har möjlighet att komma till brukarens hem.

Det är vanligt att resursgruppen inledningsvis träffas ca var 3:e månad för uppföljning och planering av arbetet. Om/när brukaren har återhämtat sig och inte är i behov av lika aktiva vård- och stödåtgärder kan resursgruppsmötena glesas ut. På samma sätt kan resursgruppsmötena intensifieras om det behövs.

Hemuppgifter

Kunskap är inte mycket värd om man inte kan använda den. Metoderna i R-ACT handlar till stor del om att få ny kunskap och att lära sig använda den, dvs. kunskapen görs till *färdigheter*. I det arbetet är det bra att använda sig av hemuppgifter. Ta för vana att tillsammans med brukaren komma fram till olika hemuppgifter som brukaren kan utföra själv eller med stöd av andra *mellan* träffarna. Skriv ner hemuppgiften så den blir lättare att komma ihåg.

Hemuppgifter är mycket användbart dels för att pröva om man har de kunskaper som man behöver, dels för att öva sig att använda kunskaper i verkligheten, och dessutom för att lära sig om sig själv. Hemuppgifter innebär att brukaren får chansen att testa färdigheter och ge feedback på vad som behöver arbetas mer med.

Genom att följa upp hemuppgifter tillsammans kan man göra kunskap av både bra och dåliga erfarenheter. Fråga t.ex.

Vad var det som gjorde att det fungerade?

Finns det andra situationer där du skulle kunna använda dig av samma strategi?

Vad kommer det sig att det inte fungerade?

Finns det alternativa sätt för att det ska fungera?

Tips kring möten i resursgrupp eller andra möten

Förslag på innehåll:

- Gör agenda
- Vem är mötesordförande(kan delas mellan VSS och Brukare)
- Aktuell planering
- Uppföljning av personlig utvecklingsplan
- Utvärdering av åtgärder, insatser
- Problemlösning, strategier, kontinuerliga skattningar, framsteg
- Tydliggör vem som skall göra vad tills nästa gång.
- Hemuppgifter

Innan mötet:

- Bestäm tid och plats
- Informera hur man kommer dit
- Muntlig eller skriftlig info om mötet
- Mötets syfte
- Tidsomfattning
- Vilka kommer att närvara
- Hur(av vem) kommer mötet att ledas?

Inledning av mötet:

- Klargör anledning till mötet
- Dagordning
- Mötets tidsramar

Att leda mötet:

- Var aktiv och håll i samtalet
- Se till så att alla kommer till tals
- Undvik kallprat
- Ha gott om tid
- Minska antalet ord
- Tala i korta meningar
- Använd papper och penna

Lyssna och ställ frågor

- Lyssna på vad som sägs utan att tolka
- Ställ klargörande frågor
- Använd inte dig själv som referensram
- Förutsätt inte att alla uppfattar på samma sätt
- Linda inte in budskap, var tydlig
- Tillåt tystnad

Under mötet:

- Tydliggör när samtalsämnet byts
- Sammanfatta återkommande och framförallt när man byter samtalsämne.
- Låt brukaren sammanfatta och repetera. Vad har vi bestämt? Vem skall göra vad? Vad har vi nu pratat om?

Innan mötet är slut:

- Var tydlig med avslutet, förvarna gärna; ”fem minuter kvar”
- Boka en ny tid

Om det blir fel:

- Stanna upp
- Det finns någon anledning även om den är obegriplig
- Vad har du missuppfattat?
- Be om ursäkt, backa tillbaks,
- Är personen stressad, rädd?
- Har det gått för fort?
- Är det för stora krav?

Genomförandefasen

Den största delen av arbetet i R-ACT bedrivs inom *genomförandefasen*. Det är under denna fas som behandlare och övriga resursgruppsdeltagare på olika sätt arbetar med att hjälpa brukaren att uppnå sina målsättningar.

Parallellt med åtgärder som är direkt inriktade på patientens delmål, kommer CM/VSS även att arbeta med andra interventioner som är av vikt för brukarens återhämtning. Nedanstående punkter sammanfattar målsättningen för R-ACT och ger en bild av insatser som kan bli aktuella under genomförandefasen.

Målsättning i R-ACT:

- Ökad självständighet och tilltro till egen förmåga
- Ökad kunskap hos brukaren och närstående, bl.a. för möjlighet till delaktighet i beslut om stöd och behandling.
- Ökad motivation till deltagande i återhämtningsinriktade insatser
- Minskade återfall/ perioder med försämring, minskat behov av sjukhusvård
- Minskad stress och belastning och ökad förmåga att hantera påfrestningar, för både brukare och närstående
- Ökad förmåga att hantera problem och svårigheter och förbättrad kommunikation, mellan brukare och närstående

Att arbeta med mål och övriga insatser

En central del i genomförandefasen handlar om att metodiskt arbeta för att brukaren ska uppnå sina delmål/mål. CM/VSS har ofta med sig mycket kunskap och erfarenheter som kommer till nytta under genomförandefasen. Att arbeta med vårdplaner och mål/delmål är för de flesta ingen nyhet. Har man redan en bra rutin för att arbeta med åtgärder för att nå brukarens mål och delmål, så kommer det till stor nytta i R-ACT arbetet. (Se kapitel ”Planeringsfasen” för mer info. om mål och delmål)

Eftersom varje brukare formulerar sina egna målsättningar och står inför olika utmaningar, kommer insatserna/åtgärderna att variera efter brukarens och resursgruppens behov. I R-ACT rekommenderas olika återhämtningsinriktade insatser. Dessa specifika insatser presenteras längre fram i kapitlet.

Det är möjligt att betrakta de föreslagna insatserna i R-ACT som verktyg i en verktygslåda, där man kan välja insatser efter behov. Vissa moment ingår alltid, andra moment rekommenderas, men behövs inte alltid.

Har man sedan tidigare andra väl fungerande arbetssätt och metoder på sin arbetsplats, kan man fortsätta använda dessa inom ramen för R-ACT- arbetet. Alla åtgärder som kan hjälpa brukaren till återhämtning är bra.

R-ACT förespråkar att vi i första hand använder arbetssätt och metoder som har forskningsevidens. I Nationella Riktlinjer kan man läsa om vilka metoder som socialstyrelsen rekommenderar för olika diagnoser. Det finns också nationella Vård-och insatsprogram som mer detaljerat beskriver rekommenderade arbetssätt och behandlingar för den aktuella diagnosen.

<https://www.vardochinsats.se/>

Arbetsfördelning i R-ACT arbetet

CM/VSS är den som har huvudansvar för att se till att uppgifter och åtgärder blir utförda. Vem som gör vad varierar mellan olika resursgrupper. Om brukaren har vård-och stödkontakt från både psykiatrin och socialtjänsten, är det vanligt att dessa kontaktpersoner har delat ansvar som CM/VSS. I resursgruppsarbetet genomför man vissa åtgärder tillsammans, och fördelar andra uppgifter mellan sig och övriga resursgruppsdeltagare. På resursgruppsmötet beslutas om vem som ska göra vad till nästa gång man ses.

Ofta handlar uppgifterna om att på olika sätt ge brukaren stöd i att uppnå sina delmål. Det kan t.ex. handla om att följa med brukaren till gymmet, eller att öva inför ett möte på arbetsförmedlingen, eller att träna på att hantera sin ekonomi. Vem som gör vad i en resursgrupp styrs av vad som ligger i respektive CM:s uppdrag, men också av vem som har kunskap, erfarenhet och möjlighet. Vissa uppgifter är bättre lämpade för de närstående att hjälpa till med. Det kan t.ex. röra stöd som behövs utanför vår arbetstid eller vårt uppdrag. Men det kan också vara uppgifter som handlar om att stärka/förbättra relationer mellan brukare och närstående.

Ibland behöver resursgruppen tillfälligt förstärkas med ytterligare personer beroende på vad det är för åtgärd som ska utföras. Det kan t.ex. handla om att bjuda in biståndshandläggare, arbetsgivare, arbetsterapeut, en vän eller annan person som kan fatta det beslut, ge det stöd eller har den kunskap som behövs för tillfället.

Vikten av att fortsätta motivera

Förändring kräver en personlig ansträngning, och ansträngning kräver att man tror på att förändring är möjlig. Brukarens personliga mål utgör den viktigaste drivkraften och motivationen. Den personliga planen ska därför hållas levande och vara närvarande under hela arbetet. Den blir en påminnelse om varför man anstränger sig, och varför man ska kämpa vidare när det känns svårt och tungt.

Är man belastad av symtom och svårigheter pga. av t.ex. psykisk ohälsa kan det vara enklast att göra det som ger en snabb kortsiktig belöning, dvs. göra det som känns bäst just nu. Men att göra det som känns bäst just nu innebär oftast att man undviker det som är svårt. Många brukare behöver därför mycket hjälp med påminnelser om syftet med att göra det som kan vara svårt. Man behöver återkommande uppmuntra och fylla på med motivation, t.ex.

- *Vad har du att vinna på att nå detta delmål?*
- *Vad kan vara bra med att göra denna hemuppgift?*
- *På vilket sätt hänger det vi skall göra nu, ihop med dina långsiktiga mål?*
- *Vad kan du vinna på att kunna använda dina tidiga tecken på försämring?*
- *Vad är det för bra med att göra något som är svårt?*

Interventioner i R-ACT

I R-ACT rekommenderas vissa metoder och arbetssätt som har visat sig vara viktiga för återhämtningen. Dessa är:

- 6-steps problemlösning
- Återfallsprevention
- Stresshantering
- Psykopedagogisk utbildning om sjukdom
- Social färdighetsträning
- Kommunikationsträning

Men svår psykisk sjukdom kräver förstås även andra behandlings- och stödsatser. All tillgänglig kunskap och kompetens inom psykiatri och socialtjänst ska användas för att uppnå brukarens målsättning för sin återhämtning. T.ex. gäller det:

- Läkemedelsbehandling
- Kroppslig hälsa och livsstil
- Psykologiskt stöd och behandling
- Kognitiv träning och hjälpmedel
- Stöd till studier och arbete
- Stöd i vardag och boende

I arbetet med att nå brukarens målsättning ska hela teamets kompetens användas. Genom att presentera brukarens mål och delmål på t.ex. en behandlingskonferens kan hela teamet vara behjälplig med att komma med förslag på behandlingar och åtgärder. Blir det fler professioner inblandade kan de vid behov bjudas med i resursgruppen av brukaren.

Problemlösning med 6-stegsmetoden

Psykisk sjukdom innebär ofta tillfällig eller ihållande kognitiv nedsättning, vilket i sin tur påverkar förmågan att lösa problem, fatta beslut och inte minst att kunna genomföra åtgärder. Att brukaren själv kan få tillgång till en strukturerad metod för att handskas med det som dyker upp och för att nå det man vill, är viktigt för framsteg och självständighet.

Metoden ”6 stegs problemlösning” är ett bra sätt att hjälpa brukare att strukturera och planera hur man skall handskas med återkommande hinder och klara det man vill. Metoden är välbeprövad och okomplicerad att lära sig för användning i vardagsituationer och i resursgruppsarbetet.

Metoden är bl.a. bra för att lösa vardagsproblem t.ex. ”hur skall jag få pengarna att räcka?”, ”hur skall jag kunna somna i tid på kvällen?” Att genomföra 6-stegsproblemlösning, med en person som lärt sig metoden, tar sällan mer än 15 minuter. Den strukturerade metoden tydliggör att det är brukaren som styr genom att välja åtgärder och ta beslut om vad som skall göras.

Metoden bör läras ut till brukaren och övriga resursgruppsdeltagare ganska tidigt i processen, för att kunna användas under hela genomförandefasen närhelst man står inför en frågeställning eller problem som ska lösas.

Problemlösning i sex steg (För att nå mål och klara hinder) innehåller följande moment:

1. Problembeskrivning- Vad är målet?
2. Hitta på olika lösningsförslag
3. Diskutera fördelar och nackdelar
4. Välj den bästa lösningen (för dig)
5. Planera och genomför lösningen
6. Utvärdera resultatet

I RACT-processen kan problemlösning med fördel användas:

- När delmål har formulerats, för att stegvis komma fram till åtgärder för att nå delmålen. T.ex. ”vad kan jag göra denna vecka för att närma mig mitt mål?
- I resursgruppen för att gemensamt komma fram till åtgärder för delmål, eller för att lösa andra frågeställningar och problem som kan uppstå. Viktigt att tänka på när problemlösning sker i resursgruppen, att det alltid är brukaren som bestämmer vilken lösning som skall testas (om frågan/problemet är brukarens vill säga).
- I genomförandefasens arbete med återfallsprevention, stress, symtomhantering, hitta samtalsämnen m.m....

Att lösa problem, och samtidigt lära ut hur man löser problem

Som CM/VSS skall man använda problemlösningsmetoden för att *gemensamt* lösa problem i resursgruppen, eller för att finna förslag för att uppnå mål. Men problemlösningsmetoden används också som en del i arbetet för brukarens återhämtning och självbestämmande.

Genom att återkommande använda arbetsbladet för problemlösning, kan brukaren själv lära sig använda metoden, för att i framtiden *självständigt* kunna lösa sina problem som uppstår i vardagen.

Målet är att brukaren på sikt ska kunna använda metoden utan arbetsblad och personal som stöd. För att det ska bli möjligt måste brukaren få många tillfällen att träna på metoden. Det innebär att CM/VSS hela tiden bör ha arbetsbladet ”*problemlösning i sex steg*” till hands, så att brukaren kan läsa och lära sig de olika stegen. Pedagogiskt låter CM/VSS *brukaren* beskriva hur det går till, vad som är nästa steg o.s.v.

Man bör göra minst 5 problemlösningar under en begränsad tid när brukaren skall öva metoden. Fortsätt därefter vid lämpliga situationer men inte alltför glest. Var noggrann, försök att ge hemuppgifter på valda lösningar. Glöm inte att följa upp hur det gick. Gör kunskap av erfarenheterna; ”*vad skall du tänka på nästa gång*”? *Vad gjorde att det fungerade bra?*

Tips kring arbetet med att lära ut och använda 6-steps problemlösning

- Tänk på att du inte bara skall hjälpa personen lösa ett problem just nu, du skall samtidigt lära ut metoden. Var pedagogisk!
- Använd arbetsbladet när ni gör problemlösningar; för inläring, för att hålla strukturen och för att komma vidare om ni tappar fokus i samtalet.
- Låt brukaren själv skriva. Ge stöd men håll ett lugnt tempo och bli inte alltför utförlig.
- Om problemet/målet är diffust eller komplext behöver ni inledningsvis ägna tid åt att analysera och förstå vad problemet handlar om. När ni sen har kommit fram till ett tydligare mål/problem, så kan problemlösningen påbörjas.
- Var beredd på att omformulera målet/problemet om ni märker att det har blivit fel. T.ex. kanske ni vid steg 2 märker att ni formulerat ett alltför abstrakt eller långsiktigt mål för att kunna ge konkreta förslag på lösningar. Eller kanske upptäcker ni vid steg 5 att lösningen inte leder fram till målet, att målet skulle ha formulerats annorlunda. Starta då om problemlösningen från början. Detta händer ofta!
- Avstå från att diskvalificera orealistiska problem eller mål, det kommer att bli tydligt för brukaren under problemlösningens gång. Låt brukaren pröva lösningar (om det inte medför risker). Det brukar innebära insikter och realitetsanpassning.

Problemlösning steg för steg

Steg 1. Vad är målet/ problemet/hindret?

Undersök och beskriv problemet så tydligt och konkret så att ni förstår hur det ser ut? När och var uppkommer det? Kontrollera om problemet är brukarens eller någon annans? Är andra inblandade? Vilka konsekvenser får det? Hur ofta uppkommer det? Omformulera problemet till ett mål: T.ex. "nedstämdhet" blir "Hur blir jag gladare?" "Jag är ensam" kanske blir: "Vad är första stegen för att träffa en vän".

Försök att fokusera på ett tydligt mål som inte är så avlägset, gärna 1-2 veckor framåt. Det betyder kanske att problemet inte kan lösas fullständigt, men att lösningen påbörjas. Har man formulerat mål som tar längre tid att uppnå, bör man nog fokusera på; ”Vad skulle första steget vara för att nå målet”? T.ex. ”Om ditt mål är att kunna springa 10 km varje vecka inom ett år, vad är då ditt mål den kommande veckan?” Börja inte med de stora och svåra problemen/målen, innan ni kan metoden.

Steg 2: Olika förslag på hur man kan nå målet?

Detta steg innebär s.k. ”brainstorming”. Här skall man kortfattat skriva ner lösningsförslag, och på denna punkt får alla vara med och ge förslag (men det är brukaren som sen väljer under punkt 4) Förslagen ska handla om vad brukaren kan göra, och *inte* vad andra skall göra.

Ni skall inte värdera eller diskutera förslagen under denna punkt. D.v.s. inga invändningar är tillåtna gällande ev. svårigheter eller hinder, det görs under punkt 3. Ni ska heller inte fördjupa er i hur förslagen ska genomföras, det kommer också senare. Första gången får man ofta vara mer aktiv och bidra med förslag för att demonstrera hur det går till. Om det behövs, kan du med utforskande frågor hjälpa till att komma på förslag:

Om du tänker helt fritt? Vad har funkat tidigare? Om du bortser från dina svårigheter, vad skulle då kunna göras? Om du mådde bättre? Hur skulle du gjort förr? Hur tror du andra skulle göra? Vad tror du din kompis/syster/etc. skulle ha gjort? Vad tror du jag skulle föreslå? Hur skulle du vilja kunna göra? Vad kan du göra för att få andra att...?

Försök och hitta minst tre lösningsförslag, men inte mer än sju. *Skriv ner dom* för att komma ihåg dem. Som personal kan man bidra med förslag, men bara om det behövs.

Steg 3: Fördelar och nackdelar med varje förslag

Diskutera för- och nackdelar. Vanligtvis räcker det att göra det muntligt, d.v.s. man behöver inte skriva ner det som sägs. Värdera positiva och negativa aspekter av varje förslag. Vad verkar bra, dåligt, lättare eller svårare med förslagen? Försök att hitta minst en nackdel och en fördel med varje förslag.

Steg 4: Välj bästa lösningen

Brukaren väljer den lösning som ska provas först. Lösningen skall vara genomförbar och leda fram till målet eller lösa problemet, helt eller delvis. Brukaren ska göra ett eget val utifrån sin egen uppfattning, inte utifrån vad andra tycker eller skulle välja. Försök gärna att hitta lösningar som går att nå inom 1 - 2 veckor. Ibland kanske det blir en kombination av de olika lösningsförslagen.

Steg 5: Planera hur den valda lösningen skall genomföras

När brukaren har valt lösning ska det planeras för hur den valda lösningen ska genomföras. CM/VSS ställer frågor för att lotsa brukaren/gruppen fram till en tydlig planering:

- Vet du/ni hur man skall genomföra lösningen?
- När skall det göras?
- Har du vad som behövs för att genomföra åtgärden (förmåga, tid, kunskap, pengar, material m.m.)?
- Är det klart hur man skall skaffa det som behövs för genomförande?
- Vilka svårigheter och hinder kan störa åtgärden?
- Hur skall man ta itu med dessa tänkbara hinder?
- Har du en reservplan, om något oväntat händer?
- Övriga saker att tänka på?

Ibland behöver man öva vissa lösningar med hjälp av rollspel. Detta gäller speciellt lösningar som involverar kontakt med andra människor. Om inte lösningen skall genomföras direkt, så görs den vanligen till en hemuppgift. Gällande hemuppgifter så ska det bestämmas när den skall vara genomförd och när den ska utvärderas. Hemuppgiften ska vara rimlig att genomföra, eller åtminstone gå att lära sig något av.

Steg 6 Utvärdera hur lösningen genomfördes.

När brukaren har provat den utvalda lösningen behöver man utvärdera hur det har gått. Har uppgiften gjorts? Vad fungerade bra? Ge positiva återkoppling. Nöj dig inte med att bara konstatera att det gick bra eller dåligt. Uppmärksamma ansträngning och inte bara resultat. ”*Bra att det fungerade till hälften*”. Ge klienten möjlighet att berömma sig själv.

Be om utförlig beskrivning och gör gemensam kunskap av genomförandet. ”*Vad gjorde att det gick bra? Vad kan du lära av detta? Hur kan du få det att funka ännu bättre nästa gång? Hur kan du komma ihåg?*”. Gå igenom vad som ev. behöver förändras och vilka steg som skall ägnas mer tid för att lösningen skall fungera ännu bättre nästa gång.

Om brukaren inte nådde ända fram, testa och gör om, men med mer förberedelse eller minskad svårighetsgrad. Kanske utmynnade det i en ny problemlösning kring de hinder ni fann; ”*Du är alltså hindrad av din trötthet. Kan vi se om vi kan hitta några lösningar på det problemet?*”

Återfallsprevention

Att förhindra försämring och återfall i sjukdomen är centralt för möjligheten till återhämtning. I R-ACT syftar alla interventioner ytterst till att undvika återfall och försämring. Men i en av dessa interventioner arbetar man specifikt med att identifiera tidiga tecken på försämring, för att kunna hindra/lindra en pågående eller framtida försämring. Interventionen kallas i R-ACT för ”återfallsprevention”.

Tidiga tecken på försämring

Tiden innan man insjuknar i en psykos finns ofta små tecken på att något inte står rätt till, s.k. ”tidiga tecken”. Kan patienten lära sig att känna igen sina egna tidiga tecken på försämring, kan risken för att få en ny psykos minskas, eller åtminstone lindras. Det är till stor hjälp om även andra personer i patientens närhet kan känna igen tecken på att en försämring är på väg, och veta hur man kan vara till hjälp.

Återfallsprevention handlar även om att identifiera de *situationer* som riskerar att utlösa en försämring, samt hur personen kan göra annorlunda för att inte hamna i dessa situationer, eller hur man kan göra för att minska stressen om situationerna är oundvikliga.

Vilka de tidiga tecknen på försämring är, varierar förstås från person till person. Men det finns vissa tecken som anses vara mer vanligt förekommande. Nedan listas några av dem:

- Sover mindre eller mer
- Ändrade vardagsrutiner och vanor
- Ändrade matvanor
- Dricker mer alkohol, röker mer
- Förlorar intresse för att göra saker som man vanligtvis uppskattar
- Mindre kontakt med familj och vänner
- Blir lättare arg och irriterad, hamnar oftare i gräl
- Svårare att vistas med andra människor i grupp

Tidiga tecken och senare tecken

Försämring i en psykisk sjukdom sker ofta succesivt. Det börjar med små symtom som succesivt tilltar i både svårighet och frekvens. Hur fort försämringen sker varierar både mellan person och tillfälle. Ibland kan diagnosen säga något om det förväntade förloppet. För en person med bipolär sjukdom går t.ex. försämringen ofta mycket fortare än för personer med schizofrenisjukdom.

Poängen med att finna så *tidiga tecken* som möjligt är förstås att det blir lättare att häva ett återinsjuknande, eller åtminstone lindra det. Det är en process för både brukaren och CM/VSS att lära känna den enskilda personens tecken på försämring. Med tiden kan man därför ofta finna allt *tidigare* tecken. Det är därmed viktigt att hålla diskussionen om återfallsprevention levande, och regelbundet uppdatera arbetsbladen rörande tidiga tecken och utlösande situationer.

Yttre och inre tecken

Man kan också göra en åtskillnad mellan yttre tecken och inre tecken. *Yttre tecken* är sådana att de kan ses och uppmärksammas av andra än personen själv. T.ex. att man klär sig annorlunda, man uteblir från bokade besök, man svarar inte i telefon, man har nerdragna persienner, man pratar med högre röst. *Inre tecken* är sådana som brukaren själv brukar uppmärksamma som t.ex. förändrade tankar, mer hallucinationer, mer oro, ökad misstänksamhet m.m.

Det är bra om man kan finna både yttre och inre tecken på försämring, så att även andra än brukaren själv kan hjälpa till att uppmärksamma en pågående försämring. Närstående och andra som träffar brukaren ofta, kan vara till bra hjälp för att finna de yttre tecknen, brukaren själv berättar ofta om sina inre tecken.

Triggers/utlösare av försämring och återfall

En försämring eller ett återfall har ofta en orsak, en utlösare. Något i brukarens liv har utlöst en reaktion som leder till en försämring. Det kan handla om en situation eller en händelse som av någon anledning medfört ökad stress. Det kan t.ex. handla om ett gräl, att man sovit dåligt, att man slutat medicinera, att man fick oväntat besök m.m. Ibland kallas dessa utlösande situationer för ”triggers”, dvs. händelser och situationer som verkar trigga återfallssymtom. Kan brukaren identifiera sina vanliga triggers, så kan dessa situationer undvikas eller förutses.

Alla situationer kan inte undvikas, och då får skyddet istället förstärkas genom t.ex. stresshantering, medicinering eller ett förändrat beteende (t.ex. säga nej tack, se till att ta pauser, lämna en konflikt).

Återfallsprevention handlar därmed om att förutom att identifiera brukarens tidiga tecken, också identifiera de vanliga utlösande situationerna. När brukaren och CM/VSS har identifierat vad som kan utlösa en försämring/återfall, så görs en planering för:

- Hur kan brukaren göra annorlunda för att inte hamna i dessa situationer?
- Om situationen är oundviklig, hur kan brukaren göra för att hantera en liknande situation och minska stressen som uppstår?

För att arbeta med de två ovanstående frågeställningarna kan det bli aktuellt att använda sig av ytterligare interventioner t.ex.

- Social färdighetsträning för att minska stress vid sociala kontakter
- Stresshantering för att lära sig tekniker att hantera sin stress
- 6 stegs problemlösning för att finna förslag på andra åtgärder

Sammanfattning av syfte och innehåll i Återfallsprevention

- Ge brukaren kunskap om syfte och innehåll i Återfallsprevention. Förtydliga begrepp som används.
- Identifiera brukarens "tidiga tecken" och gör en planering för vad brukaren och andra ska göra om tidiga tecken noteras (se arbetsblad).
- Identifiera situationer som kan utlösa en försämring hos brukaren, samt gör en planering för hur situationerna kan undvikas/hanteras (se arbetsblad).
- Involvera anhöriga och andra viktiga personer i identifiering och planering.
- Arbeta med interventioner för att hantera, minska och förebygga stress.

Stresshantering

Ett övergripande mål för R-ACT är att minska belastning och stress hos både brukare och närstående, med hjälp av de olika strategierna. I det här momentet som kallas "Stresshantering" arbetar man mer specifikt med att skapa insikt hos de enskilda personerna om vad som skapar stress hos dem, hur stressen påverkar dem, samt hur de kan minska sin stress.

Alla människor är olika sårbara för stress. Har man en allvarlig psykisk sjukdom blir man av olika anledningar extra påverkade av stress. Bl.a. gör sjukdomens symtom och kognitiva påverkan att man upplever fler situationer i sin vardag som stressande. Sjukdomen leder också till att den förhöjda stressnivån inte sjunker som brukligt, utan kvarstår under en lång tid. Det innebär att många brukare har en ständigt förhöjd stressnivå.

I R-ACT arbetar man med "stresshantering" för hela resursgruppen, dvs. inte bara med den aktuella brukarens stress. En bärande tanke i R-ACT är att på olika sätt arbeta för att minska stress hos både brukare och närstående. Närståendes stress påverkar brukaren negativt, likväl som stress hos närvarande sjukvårds- och boendepersonal.

Stresshantering i R-ACT handlar om:

- Att få kunskap om stress-sårbarhetsmodellen.
- Att upptäcka stress - lära sig känna igen kroppsliga reaktioner på stress.
- Att kartlägga vilka situationer som skapar stress.
- Att förbygga situationer som utlöser stress.
- Att hantera stress när man väl utsätts.
- Att lära sig tekniker för avslappning och vila.

Att få kunskap om stress-sårbarhetsmodellen

Det är viktigt att både brukaren och de närstående får kunskap om sambandet mellan stress och sårbarhet, för att förstå vikten av att undvika/minska stress, samt för motivation att lära sig att hantera stress. På arbetsbladet ”*Stress-sårbarhetsmodellen*” finns en kortfattad genomgång av modellen. Förslagsvis kompletterar ni med egen kunskap/material om stress-sårbarhet. Det finns mycket information att läsa eller ladda ner på webben, t.ex.

<https://lattattlara.com/klinisk-psykologi/stress-sarbarhetsmodellen/#vad-menar-vi-med-stress>

Att upptäcka stress - känna igen sina kroppsliga reaktioner på stress

För att kunna identifiera vad som stressar oss, behöver vi känna igen kroppens signaler på att vi är under stress. För personer med svår psykisk sjukdom kan det vara svårt pga. bristande kroppssfeedback.

Samtala med brukaren och de närstående om deras kroppsliga reaktioner på stress. Ta hjälp av arbetsbladet ”*Stressreaktioner*” som listar vanliga kroppsreaktioner på stress. T.ex. kan ni be dem att ringa in det som stämmer in på dem själva. Ge också i hemuppgift att känna efter och notera sina stressreaktioner tills nästa gång ni ses. Följ upp vid nästa träff.

Att kartlägga situationer som skapar stress.

Samtala med brukaren och de närstående om vilka personer, situationer och platser som kan skapa stress för dem. Utgå från arbetsbladet ”*Stresshantering*” och be var och en berätta och skriva ner. Ge i hemuppgift att fundera vidare till nästa träff.

Att förbygga situationer som utlöser stress, och att hantera stress när man väl utsätts.

Utifrån vad var och en har uppgivit för personer, situationer och platser som kan stressa dem, diskutera och ge förslag på vad man själv och andra kan göra för att minska/undvika denna stress.

Utgå från en person i taget och hjälps åt att komma med idéer. Skriv ner bra förslag på det påbörjade arbetsbladet ”*Stresshantering*”. Ta även hjälp av de förslag som finns på arbetsbladet ”*Vad kan man göra för att minska stress*”. Använd också gärna 6-steps problemlösning för att komma på fler förslag.

Forskning visar att glädje motverkar stress. Det finns därför all anledning att i sammanhanget fundera över vad som får en att känna glädje. På arbetsbladet ”*Att känna glädje*” finns förslag på frågor att diskutera. Temat brukar vara uppskattat och energigivande, så låt diskussionen ta tid. Skriv ner förslag på glädjeämnen/aktiviteter som ni sen kan arbeta vidare med.

Att lära sig tekniker för avslappning och vila

Ofta är det nödvändigt att även träna på olika tekniker för avslappning och vila. Finns det tillgång till sjukgymnast så brukar dessa kunna vara till hjälp med förslag och övningar. Annars kan man ta hjälp av t.ex. appar och webbmaterial som finns tillgängligt. Tänk bara på att brukaren kan behöva öva tillsammans med någon, även om instruktionerna kan upplevas tydliga nog.

OBS! Gällande alla ovanstående punkter om stresshantering krävs det för brukaren ofta stöd, träning och andra interventioner för att kunna genomföra de förslagna åtgärderna och förändringarna. Det kan t.ex. vara nödvändigt att träna på sociala situationer med hjälp av rollspel, eller att få stöd och hjälp att komma igång med nya aktiviteter, eller 6-steps problemlösning kring ekonomiska spörsmål m.m. Det kan med andra ord bli aktuellt att lägga till nya delmål till den Personliga planen i samband med att ni arbetar med stresshantering.

Psykopedagogisk utbildning

Att ha rätt kunskap är centralt för att kunna vara delaktig i beslut och planering rörande sin behandling och sin återhämtning. Brukaren, och de närstående, behöver t.ex. ha kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativ för att kunna fatta genomtänkta beslut. Kunskap om sjukdomen gör också tillvaron mer begriplig för alla inblandade, och det blir lättare att hantera svåra situationer man ställs inför. För att den nya kunskapen ska kunna användas och praktiseras behövs ibland även träning av färdigheter.

Resursgrupps-ACT är i sin helhet ett ”psykopedagogiskt behandlingsprogram”. Utbildning och färdighetsträning av brukaren och resursgruppen går som en röd tråd genom hela R-ACT. Det moment som vi här specifikt kallar ”Psykopedagogisk utbildning” handlar om att tillse att brukaren och de närstående har nödvändig kunskap om diagnos, symtom, kognitiva nedsättningar, olika behandlingsalternativ, samhällets stöd- och insatser, lagstiftning m.m. Det ingår också att förmedla kunskap om anhörigas situation och svårigheter, samt hur deras situation kan underlättas.

Psykopedagogisk utbildning ges med fördel till brukaren och dennes närstående gemensamt. Det brukar krävas ca 6-12 utbildningstillfällen, beroende på brukarens behov och förmåga. Utbildningen ska vara interaktiv, där fakta varvas med deltagarnas egna erfarenheter.

Av olika anledningar kan man ibland behöva ge utbildningen enskilt till brukaren och/eller de närstående. Ibland erbjuds liknande utbildningar för större grupper. Dessa utbildningar har fördelen av att de ger möjlighet att träffa andra anhöriga och brukare, vilket ger hopp och är mycket uppskattat. Nackdelen är att man inte så specifikt kan fördjupa sig i den enskilda brukarens/anhörigas symtom och situation. En bra variant är att kombinera dessa två utbildningsformer.

Det finns ett psykopedagogiskt utbildningsmaterial om psykossjukdom i VGR, som man får tillgång till när man gått en 2-dagars utbildning i hur materialet ska användas. [Om Psykopedagogik på Vård- och insats.se](http://www.vard-och-insats.se)

Kommunikationsträning och problemlösning för familj/grupp.

Att kunna kommunicera med varandra på ett tydligt, klart och empatiskt sätt minskar risken för missförstånd, gräl och kritik. Det minskar också risken för att man undviker att prata med varandra om det som är viktigt. Eftersom R-ACT har som huvudmål att minska stress och belastning för brukare och närstående, så är det självklart att också arbeta med familjens/gruppens kommunikation.

Det är dock inte alla familjer/grupper som behöver träna kommunikation eller problemlösning. För många räcker det med den tidigare nämnda ”psykopedagogiska utbildningen”, eller att brukaren har tränat sin egen kommunikation med hjälp av ”social färdighetsträning”. Men för vissa familjer/grupper finns behov av mer och fortsatt stöd för att kunna hantera situationer som uppstår.

Att arbeta med *kommunikationsträning och ”problemlösning för familj”* kan kräva mer utbildning än vad en kurs i R-ACT ger. Men har man erfarenhet av arbete med brukare med psykossjukdom, och av att arbeta med familjer/grupper, så kan man med stor sannolikhet hantera även denna intervention.

Kommunikationsträning och problemlösning i familj/grupp, är en psykopedagogisk intervention som syftar till att öka deltagarnas *färdigheter*, dvs. att inte bara veta *vad* man ska göra utan också *hur*. Det handlar om att utbilda deltagarna, men man lär ut färdigheter snarare än kunskap.

Färdighetsträningen bygger på att deltagarna övar genom rollspel och hemuppgifter. CM/VSS leder övningarna och ger positiv feedback. Hemuppgifter delas ut och följs upp vid nästa tillfälle.

Fyra kommunikationsfärdigheter har visat sig speciellt värdefulla att behärska för att reducera stress och kunna lösa gemensamma problem:

- Att lyssna aktivt
- Att visa uppskattning
- Att be om något på ett positivt sätt
- Att uttrycka negativa känslor och tankar

Genom att låta familjen/gruppen rollspela dessa moment, utifrån situationer i deras liv, så kan de träna in nya kommunikationsfärdigheter (se arbetsblad). Att förändra kommunikationsmönster tar lång tid, och det är nödvändigt att hålla träningen aktiv under lång tid och att arbeta enträget med hemuppgifter.

När familjen/gruppen börjar göra framsteg i sin kommunikationsträning kan man lägga till övningar i att lösa problem tillsammans. Man utgår från samma 6-steps problemlösning som presenterats tidigare i manualen, men nu ska familjen/gruppen lära sig att använda problemlösningen själva, när problem uppstår i vardag eller relation. Träningen bygger på hemuppgifter som sedan följs upp tillsammans med CM/VSS.

Arbetsättet kan liknas vid att man ger familjen/gruppen ”handledning” på de situationer/problem som familjen själva lyfter upp. CM/VSS lyssnar och avgör om det handlar om ett kommunikationsproblem som behöver tränas, eller ett problem som bör lösas genom ”problemlösning” eller om det kanske handlar om att det saknas kunskap som behöver ”fyllas på”. Handledningen av familjen/gruppen pågår så länge behov finns.

För fördjupad beskrivning av interventionen läs mer om kommunikationsträning i ”Case management och resursgruppsarbete” Se länk till [Landstinget Kalmars samarbetsportal](#).

Social färdighetsträning och rollspel

Majoriteten av personer med allvarlig psykisk funktionsnedsättning har stora svårigheter med social förmåga. Brister och osäkerhet i hur man interagerar med andra människor får konsekvenser inom flera livsområden. T.ex. blir det svårt att etablera och behålla nära relationer, vilket påverkar möjligheten till ett socialt umgänge, likväl som möjligheten att få och behålla ett arbete.

Att känna sig osäker i sociala sammanhang påverkar självkänslan och tilltron till den egna förmågan. En ond cirkel som leder till ett undvikande av situationer som kräver möten med andra människor, vilket förstärker både isolering och självstigma.

I brukarens kartläggning blir det ofta tydligt att just sociala svårigheter utgör hinder för att nå målen. Många gånger finner man också att personernas målsättningar är direkt kopplade till olika typer av sociala förmågor. Målen handlar ofta om en önskan att få en vän- eller kärleksrelation, eller att man vill finna ett socialt sammanhang där man kan träffa andra människor. Att träna för att förbättra den sociala förmågan är ofta en avgörande strategi för att nå långsiktiga mål eller kortare delmål.

Metodprogram för Social färdighetsträning

Sociala färdigheter kan tränas och förmågan kan förbättras, oberoende om svårigheten uppstått som följd av en psykisk sjukdom eller har andra orsaker. Enligt nationella riktlinjer vid schizofreni är strukturerad träning av sociala färdigheter är ett väl beforskat område med god evidens. Det finns en rad olika manualbaserade metodprogram för social färdighetsträning. Exempel på program är ESL (Ett självständigt liv) och IMR (Illness Management and Recovery). [Om ESL](#)

Kännetecknen för ett metodprogram i social färdighetsträning:

- Sessionerna sker individuellt eller i grupp, och kan ta mellan 10 och 50 tillfällen bl.a. beroende på vilket program man följer
- Arbetssättet innehåller problemlösning, modellering, rollspel, positiv feedback och hemuppgifter, enligt en bestämd struktur
- Arbetet utgår från personens egna erfarenheter, motivation till förändring och målsättning
- Kommunikationsfärdigheter som t.ex. kroppsspråk, tal och möjliga samtalsämnen diskuteras och demonstreras
- Med hjälp av strukturerade rollspel i trygg miljö, tränar man på önskade färdigheter *innan* de provas i riktiga situationer.

Social färdighetsträning ska leda till:

- att man klarar sociala situationer bättre
- större säkerhet i sociala situationer
- Att man övervinner hinder
- fler valmöjligheter för personen
- Att man når sina mål

- Med hjälp av hemuppgifter övas färdigheterna i vardagen och följs upp vid nästa träff
- Succesivt tillkommer fler rollspel kring liknande eller nya situationer

Att använda rollspel som stöd för att uppnå målsättningar

Det är önskvärt att brukare som har behov av att träna sina sociala färdigheter kan erbjudas någon typ av strukturerat metodprogram liknande de som beskrivits ovan. Men av olika skäl är det inte alltid möjligt, och en CM/VSS i R-ACT kommer på olika sätt att behöva arbeta med åtgärder som handlar om att stärka brukarens sociala färdigheter. Ett verktyg som med fördel kan användas i det arbetet är ”rollspel”.

Rollspel i detta sammanhang innebär att brukaren och CM intar var sin roll i en ”spelad situation”. Syftet är att brukaren får testa situationen, för att kunna förbereda sig och ev. justera vad man säger och hur man agerar.

Exempel på situationer där det kan vara lämpligt att förbereda brukaren med hjälp av rollspelsövningar:

- En situation som man vet kommer att uppstå inom en viss framtid: *”jag skall träffa min barndomsvän nästa månad och vet inte hur jag ska berätta om min sjukdom”*
- En situation som uppstått vid flera tidigare tillfällen, och som inte har känts bra: *”jag vet aldrig vad jag ska säga när min systers man börjar småprata med mig”*
- Som en åtgärd för att uppnå mål i brukarens personliga plan: *”med hjälp av rollspel öva på att ta kontakt med personer i min promenadgrupp”*
- Inför möten med myndighetspersoner och professionella där det är viktigt att få fram sitt budskap/önskemål

Rollspelsövning

Situationen som ska rollspelas väljs utifrån brukarens behov och önskemål. Det kan t.ex. vara ett förestående läkarsamtal, ett möte med en vän man inte träffat på länge eller ett telefonsamtal till en hyresvärd.

I en förberedande diskussion tydliggörs vad som känns svårt i mötet; är det t.ex. att veta hur man ska börja samtalet, hur man ställer en specifik fråga, eller hur man berättar om sin sjukdom.

Brukaren agerar som ”sig själv”, och CM eller annan, tar rollen som den som brukaren ska prata med. Rollspelet ska hållas kort, från 10 sekunder till några minuter beroende på situation som ska övas.

Efter rollspelet samtalar man om vad som gjordes bra, och vad som skulle kunna göras bättre. Man utvärderar utifrån från kroppsspråk (gester, ögonkontakt, avstånd, ansiktsuttryck) och tal (tonläge, volym, hastighet, entusiasm, energi).

Förslag på arbetsgång vid rollspelsövning:

1. Diskutera och kom fram till *vad* som är svårt/oroar i situationen
2. Kom fram till ett konkret förslag på hur/vad man kan säga eller göra
3. Testa förslaget i ett kort rollspel
4. Utvärdera vad som gjordes bra
5. Är det något som kan göras ännu bättre eller göras annorlunda?
6. Testa nytt förslag/förbättring i nytt rollspel
7. Utvärdera, vad blev annorlunda? Ge positiv feedback!
8. Formulera en lämplig hemuppgift för att öva i en verklig social situation.
9. Hemuppgiften utvärderas och eventuella svårigheter tränas i nya rollspel.

Att enbart *samtala* om sociala svårigheter eller att enbart *få stöd att vistas* i sociala sammanhang, t.ex. att tillsammans med någon besöka caféer eller bibliotek, har endast en begränsad effekt.

Det är ofta nödvändigt att kombinera både pedagogik och rollspel för att skapa tillräcklig trygghet och motivation för att personen ska våga utmana och utveckla sina sociala färdigheter.

Stödfas/avslutningsfas

R-ACT har som mål att ge brukaren stöd, kunskap och färdigheter för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, utan stora behov av vård- och stödinsatser från samhället. Naturligtvis behöver brukaren liksom alla andra människor även fortsättningsvis ha ett nätverk, dvs. människor man kan vända sig till för social gemenskap, råd och stöd. Men vanligtvis består vårt nätverk av *privata personer*, inte professionella. I R-ACT strävar vi därför mot att stärka det privata nätverket, och succesivt göra oss professionella umbärliga.

I takt med att brukarens återhämtningsprocess framskrider lämnas därför mer ansvar åt brukaren och dennes närstående, och de professionella tar ett steg tillbaka. Resursgruppsmötena glesas ut, och brukaren och det privata nätverket får i uppgift att ha möten och lösa problem alltmer på egen hand. Det är förstås viktigt att man redan tidigt i processen informerat och gjort resursgruppen delaktiga i att detta är det förlopp som eftersträvas i R-ACT.

Målet och förhoppningen är att metodtroget R-ACT arbete på sikt ska leda fram till att brukaren uppnått sina målsättningar eller åtminstone ha kommit en bra bit på vägen. I vissa fall kan det bli aktuellt att formellt avsluta resursgruppsarbetet. Ett tydligt avslut kan tjäna som signal om att brukaren är återhämtad och kan klara sig själv tillsammans med sitt privata nätverk. I andra fall kanske man väljer att inte formellt avsluta resursgruppen, men bestämmer att endast träffas mycket glest.

R-ACT i en stödfas

För vissa personer med svår psykisk sjukdom kan en period på t.ex. två år med R-ACT vara förhållandevis kort. Brukaren kanske har haft återfall under tiden eller har svåra symtom att handskas med, som leder till att processen tar längre tid.

P.g.a. av den stora variationen av brukarnas situation och sjukdomssymtom, är det viktigt att inte tänka i termer av ”normalförlopp” i R-ACT. Arbetet måste få ta den tid det tar, och det viktiga är att CM/VSS fortsätter att håller sig till R-ACT metodiken, och ger resursgruppen motivation genom att lyfta fram de framsteg som görs, hur små de än må vara.

Att arbetet i R-ACT övergår i en stödfas innebär att så länge brukaren mår bra och inte har behov av resursgruppens stöd, så träffas gruppen väldigt sällan, kanske bara 1g/år. För många brukare och närstående är det dock en trygghet att veta att man har sin resursgrupp, även om den till största del är vilande. Brukaren vet att resursgruppen kan aktiveras så snart behov uppstår.

Vid de årliga resursgruppsmötena bör man bl.a. uppdatera brukarens ”Tidiga tecken och stressande situationer”. Det kan också finnas behov av repetition av andra strategier t.ex. psykopedagogisk utbildning eller stresshantering. Det kan därmed bli aktuellt att boka in ytterligare en eller ett par träffar i anslutning till det årliga resursgruppsmötet.

Liten reflektion kring att *avsluta* resursgruppen

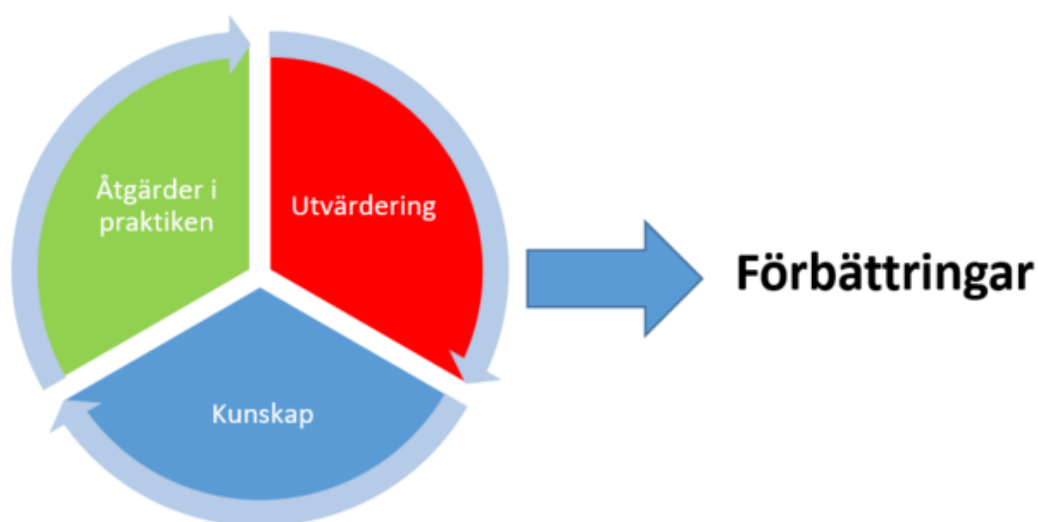
I olika sammanhang gällande R-ACT, så utgår man från att resursgruppsarbetet ska ha ett tydligt avslut. Frågan är vad det innebär om man t.ex. är patient på en psykosmottagning? Det är ytterst sällan som en patient skrivs över från en psykosmottagning till primärvården, även om det förstås förekommer. Och det är förmodligen ännu mer ovanligt att man skrivs ut helt från all form av sjukvård. Om man ändå ska fortsätta vara inskriven som patient på en mottagning, varför ska man då *avsluta* ett fungerande resursgruppsarbete?

På de flesta mottagningar träffar man sina inskrivna patienter på minst ett årligt läkarsamtal. Detta tillfälle kan med fördel användas till ett årligt resursgruppsmöte. Men som alltid i R-ACT så bör brukaren ges sista ordet, och så även i frågan om huruvida resursgruppen ska formellt avslutas eller inte.

Utvärdering i R-ACT

Att arbeta metodtroget, och att utvärdera arbetet tillsammans med brukaren och resursgruppen, är en viktig del i R-ACT. Det finns goda skäl till att stanna upp och se efter; har vi gjort det vi kommit överens om att vi ska göra? Leder arbetssätt och åtgärder till brukarens mål och riktning? Hur hanterar vi hinder? Arbetar vi med fel åtgärder? O.s.v....

Genom uppföljning och utvärdering av mål och åtgärder får CM/VSS, brukaren och övriga resursgruppsmedlemmar nya kunskaper och nya insikter, vilket skapar goda förutsättningar att tillsammans fatta väl grundade beslut om hur det fortsatta arbetet ska utformas. Vid nästa uppföljning/utvärdering uppkommer nya kunskaper och insikter o.s.v. På så vis skapas återkommande lärcykler som illustreras i bilden nedan:



Nedan kommer en beskrivning av hur man kan arbeta med uppföljning och utvärdering i:

- Resursgruppen
- Hur man mäter metodtroget
- Hur man kan använda handledning och kollegialt stöd för att skapa nytta för brukarna.

Avslutningsvis förs en diskussion kring andra typer av skattnings- och utvärderingsinstrument som kan vara användbara i arbetet.

Uppföljning i resursgruppen

Ett effektivt sätt att följa upp hur arbetet går, är att kontinuerligt utvärdera brukarens mål och delmål i resursgruppen. Huvudidén är att man där kan göra

kunskap av både goda och dåliga erfarenheter. En brukare som nått sina delmål indikerar att förändringar leder till förbättringar. En diskussion kring vilka faktorer som påverkat att man nått sina mål kan ge viktig kunskap för det fortsatta arbetet.

Om brukaren *inte* nått sina delmål behöver man ta reda på varför och göra korrigeringar. Om inte delmålen är uppnådda kan man antingen:

- Öka stödinsatser från professionella eller andra viktiga personer
- Angripa problemet genom att testa en annan lösning
- Ändra delmålet – Om delmålet var för högt satt

Ett bra sätt att ta reda på hur man går vidare med att finna nya åtgärder/lösningar kan vara att använda 6-steps-problemlösning.

En av de viktigaste indikatorerna för att vi arbetar med rätt saker, är att brukaren når sina delmål, och får önskad effekt på sin livssituation. Därmed utgör den regelbundna utvärderingen i resursgruppen den kanske allra viktigaste utvärderingen i R-ACT.

Mätning av metodtrogenhet – Kliniska Skattningar och Implementering (KSI)

En annan viktig utvärdering är den gällande CM/VSS följsamhet till metoden. På samma sätt som vi behöver följa upp och utvärdera arbetet tillsammans med brukaren och resursgruppen, behöver vi även se till att vi inte missar viktiga moment i arbetsmetoden och att vi utför dessa på det sätt som är tänkt.

KSI är ett verktyg för att mäta metodtrogenhet, och används av CM/VSS tillsammans med sitt team. (se arbetsblad Egen-KSI) Förutom att mäta metodtrogenheten spelar KSI en viktig roll för att kunna arbeta effektivt med de brukare som erhåller metoden. KSI kan alltså användas för att hålla sig till metoden, få feedback från sitt team, lära sig av andra teammedlemmar och få förslag på hur man kan arbeta vidare, vilket ökar chanserna att skapa nytta och goda effekter för brukarna.

Instrumentet KSI – (Se arbetsblad Egen-KSI)

KSI är indelat i följande 9 områden och täcker in huvuddelarna i metoden:

1. Bedömning, mål och planer
2. Brukarens behov av insatser i samhället
3. Resursgruppen
4. Stresshantering för brukare och resurspersoner
5. Läkemedelsbehandling

6. Social träning
7. Specifika psykologiska strategier
8. Krishantering
9. Kroppslig hälsa

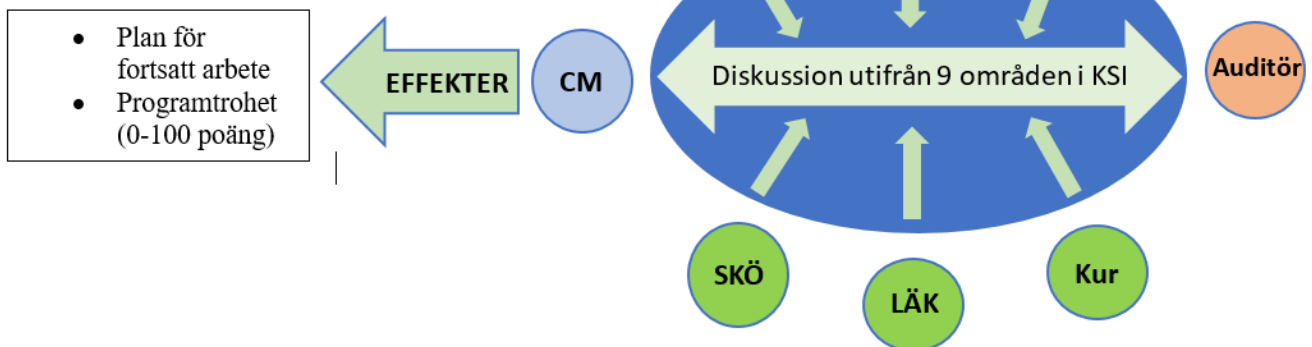
Alla brukare är inte i behov av *alla* insatser inom de nio områdena. Det är heller inte så att varje enskild CM/VSS *själv* måste utföra insatser inom alla områden. Det är av just den anledningen metodtrogenhetsmätningen görs tillsammans i teamet, för att kunna fördela arbetsuppgifter till de som är experter inom vissa områden. Men oavsett vilka insatser brukaren hittills har fått, så diskuterar man igenom *alla* de nio områdena när man gör en KSI. På det sättet blir det möjligt att fånga upp ytterligare behov av insatser.

Hur går en metodtrogenhetsmätning till?

Metodtrogenhetsmätningen utförs i huvudsak i psykiatriska eller kommunala team där case managers/vård- och stödsamordnare arbetar med metoden. Det kan ses som ett strukturerat och fördjupat teammöte, där teamet utifrån KSI diskuterar EN brukare/patient. Att göra en metodtrogenhetsmätning kallas för "Audit" och ska inte förväxlas med alkoholskattningsinstrumentet "AUDIT".

Exempel på hur en metodtrogenhetsmätning (Audit) kan gå till:

Hur ofta: 1 gång/år för varje patient, eller vid behov
Tidsdisposition – 45 min – 1,5 timme beroende på komplexitet



I det här exemplet utgörs teamet av CM/VSS (blå), samt en sjuksköterska, en fysioterapeut, en psykolog, en kurator, en läkare och en skötare (gröna). Metodtrogenhetsmätningen leds av en auditör (röd). Auditören kan både vara en person ur det egna teamet eller en externt inbjuden person. Det viktiga är att den som är auditör har god kännedom om metoden.

Auditören ställer frågor kopplat till de nio områdena och CM/VSS redogör för vad som gjort och vad som planeras att göras. Vidare diskuteras i hela teamet hur man kan lösa problem och hur olika experter på olika områden kan hjälpa

CM/VSS i det fortsatta arbetet. På så vis utformas en plan för CM/VSS för hur problem och svårigheter kan hanteras och hur arbetet ska organiseras. R-ACT metodens tydliga brukarfokus förutsätter givetvis att förslag på vård- och stödåtgärder diskuteras med brukaren och övriga i resursgruppen. Metodtrogenhetsmätningen blir också ett bra sätt för hela teamet att kalibrera sig mot metoden. Medan de övriga deltagarna på lyssnar på CM/VSS och kommer med idéer, reflekterar man vanligtvis över sina egna brukare. Under en audit skapas således ofta lösningar som är tillämpbara även för andra brukare.

Idén är att audits utförs 1 gång/år för varje patient eller vid behov. Tidsåtgången beräknas till 45 minuter till 1,5 timma beroende på komplexiteten. Av tidsskäl kan det vara svårt att administrera teambaserade audits för samtliga brukare som erhåller R-ACT. CM/VSS kan ha stor nytta av att göra metodtrogenhetsmätningar på egen hand. Frågor som uppstår kan sedan lyftas upp på sedvanliga teamdiskussioner.

Vanligtvis diskuteras utmaningar och svårigheter man mött i R-ACT-arbetet på sedvanliga teammöten. Huvudidén med audits är att mätningen sker oberoende av om det för stunden finns svårigheter och utmaningar. Det blir på så sätt ett förebyggande arbete, som resulterar i en tydlig planering som minskar risken för återfall, och underlättar brukarens återhämtning.

Sammanfattning av vinster med metodtrogenhetsmätning

Vinsterna med att arbeta med kontinuerliga programtrogenhetsmätningar:

- Att ta hjälp av kollegor ger bättre resultat för patienterna
- Mätningar sker oberoende av mående, vilket ger större möjligheter att arbeta strategiskt mot återhämtning
- Ser till att man inte missar viktiga moment i metoden
- Blir ett lärande för hela teamet
- Ger en tydlig och konkret plan för hur man kan arbeta vidare med sin brukare

Handledning

Metodhandledning i R-ACT ger möjlighet att vidareutveckla sin kunskap för att kunna arbeta på ett så metodtroget sätt som möjligt. I handledningen kan man dela med sig av framgångar och svårigheter man stöter på i metoden, och får erfarenhet och ny kunskap både från handledaren och de övriga deltagarna. Handledning är ett bra komplement till KSI, som inte lika tydligt fokuserar de svårigheter som kan uppstå utan snarare på möjligheterna.

Kollegialt metodstöd

Ett framgångsrikt sätt att komma igång med arbetsmetoden R-ACT på en mottagning eller ett boendestödsteam är att införa ”kollegial handledning”. Ofta utses någon eller några personer som har det uttalade mandatet att agera mentorer för sina kollegor. Dessa personer utgörs oftast av personer som gått en R-ACT utbildning och som stimuleras av att hjälpa och stötta sina arbetskamrater gällande frågor kring tillämpningen av metoden. Det är ofta att föredra om man kan schemalägga tid för det kollegiala metodstödet. Andra varianter kan annars vara att ”mentorena” kort och gott agerar vid frågor som dyker upp.

Fördelarna med kollegialt metodstöd är att det ger möjligheter att tillsammans dela med sig av framgångsfaktorer och svårigheter man stöter på i arbetet med R-ACT och komma fram till lösningar. Det vill säga, man lär sig av sina kollegor, kommer på nya sätt att arbeta och man sitter inte ensam med svårigheterna, utan kan dela dem med andra.

Sammanfattning av att utvärdera arbetet i R-ACT

Utvärdering av R-ACT arbetet kan alltså ske på flera vis. Specifikt för R-ACT sker utvärdering; i resursgruppen, genom metodtrohetsmätningar, genom handledning och kollegialt metodstöd. Det sedvanliga behandlingsarbetet innehåller också olika typer av skattningar och utvärderingar. Vilka skattningar som används skiljer sig åt beroende på var man arbetar, men också beroende på vilken brukare man träffar.