

Länsgemensamt stöddokument

Vård- och stödsamordning i Hallands län



Fastställt av Taktisk grupp Psykiatri i Halland 2016-06-13

Revideringar fastställda av taktisk grupp Mitt i livet 2018 -11-26 samt 2019-05-27

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Varför ska vi samverka?	3
Lagstiftning	3
Nationella riktlinjer	3
Nationell satsning	4
Överenskommelse om samverkan på regional och lokal nivå	4
3. Mål och syfte	5
4. Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete	5
Vilka personer kan få vård- och stödsamordning?	6
Vem kan bli vård- och stödsamordnare?	6
Vad innebär det att vara vård- och stödsamordnare?	7
Resursgruppen	7
Exempel på hur en resursgrupp <i>kan</i> se ut	7
5. Flödesschema	8
6. Beskrivning av processer och arbetsblad	9
7. Uppföljning	12
8. Referenser och Litteraturlista.....	13
9. Bilagor	14
10. Arbetsblad - vård- och stödsamordning i Halland	19

1. Inledning

Detta dokument ska utgöra ett övergripande stöd och ge basinformation vid användandet av arbetsmodellen vård- och stödsamordning inom kommunernas och regionens verksamheter i Hallands län. Innehållet utgår ifrån integrerad psykiatri och är anpassat till de förutsättningar som finns i Halland. Integrerad psykiatri är uppbyggd med en viss struktur som inte är statisk utan kan anpassas utifrån lokala och individuella förutsättningar. Strukturen ger dock verktyg för att säkerställa att det vi gör följer en evidensbaserad praktik och som gynnar den enskildes behov i sin process samt ger förutsättningar till att den enskilde och deras anhöriga får en likvärdig och jämställd insats oavsett var i Halland man bor.

Innehållet i detta dokument ger en övergripande beskrivning av vad man som utförare och enskild måste ha kännedom om för att kunna genomföra vård- och stödsamordning. I dokumentet beskrivs också viktiga återkommande begrepp. **Bilaga 1.** Detta dokument kompletteras vidare av lokala överenskommelser och rutiner som är anpassade utifrån de mer verksamhetsnära förutsättningarna som finns på orterna i länet. **Bilaga 2.** Ytterligare information och förslag till utökad arbetsmaterial återfinns i referens- och Litteraturlistan. **Avsnitt 8.**

2. Varför ska vi samverka?

Lagstiftning

I januari 2010 infördes nya paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL). Den ena delen handlar om att landsting/region och kommun ska ingå överenskommelse om samarbete ifråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Den andra delen handlar om att alla brukare som behöver insatser från båda huvudmännen (och andra) ska ha en individuell plan. De lagstadgade rättigheterna och skyldigheterna kring samordnad individuell plan (SIP) återfinns i 2 kap.7 § SoL, 3f § HSL och i 6 kap. 4 § Patientlagen. Det är myndigheternas ansvar att skapa arbetsmodeller som gör att insatserna ges i rätt ordning och med en helhetssyn på brukarens behov och förutsättningar.

Nationella riktlinjer

År 2011 utgav Socialstyrelsen ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofrenilikande tillstånd”. Riktlinjerna har reviderats 2018 till ”Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofrenilikande tillstånd -Stöd för styrning och ledning”. Riktlinjerna beskriver rekommendationer både riktat till hälso- och sjukvården och till socialtjänsten samt även rekommendationer som berör båda huvudmännen gemensamt. En del av rekommendationerna förutsätter ett väl utvecklat samarbete mellan huvudmännen. Riktlinjerna belyser vikten av att de psykosociala insatserna ska minska personernas symptom och ge ökad livskvalitet. Insatserna ska också ge ökad eller bibehållen funktion när det gäller boende, arbete och relationer samt ge ökad delaktighet i samhället. Rekommendationerna i riktlinjerna är applicerbara även till andra personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.



Nationell satsning

Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialdepartementet gjorde 2012 en överenskommelse om stöd till riktade insatser för att förbättra vården och omsorgen för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik (PRIO).

En PRIO-plan upprättades utifrån överenskommelsen för 2012- 2016. Ett av de övergripande målen i PRIO-planen var att vi ska kunna erbjuda en jämlik, kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Syftet med satsningen var att åstadkomma förbättringar för de målgrupper och områden som omfattas av överenskommelsen.

Definitionen av målgruppen för nationella PRIO-satsningen var personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kvarstående symtom eller en funktionsnedsättning, svåra bipolära syndrom eller långvariga depressioner, svåra personlighetsstörningar med kraftig påverkan på beteendet och funktionsförmågan, svåra neuropsykiatriska tillstånd som autismspektrumstörningar och allvarliga fall av ADHD samt Aspergers syndrom samt allvarliga funktionsnedsättningar på grund av komplicerade tillstånd med samsjuklighet, till exempel psykisk sjukdom och beroendeproblem.

2016 antogs en ny överenskommelse mellan Regeringen och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) - ”Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017”. Bakgrunden till överenskommelsen är Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020. Huvudmännen (landstingen och kommunerna) får stimulansmedel för att analysera, göra handlingsplaner och sätta upp mål för att utveckla insatser kring psykisk hälsa. I Halland ingår vård- och stödsamordning som en gemensam satsning i den länsgemensamma handlingsplanen.

Överenskommelse om samverkan på regional och lokal nivå

Strategisk nivå

Inom ramen för den regionala samverkans- och stödstrukturen i Hallands län finns det på strategisk nivå, från 2015 en överenskommelse om samverkan, ansvarsfördelning och samordning av insatser till personer som på grund av psykisk funktionsnedsättning behöver vård och stödinsatser från samhället. Syftet med överenskommelsen är att utifrån gällande lagstiftning förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Överenskommelsen reviderades den 11 mars 2016.

Regional samverkansstruktur

Den regionala samverkansstrukturen innefattar tre olika nivåer; strategisk grupp - taktiska grupper samt fokusgrupper. Gällande Vård- och stödsamordning är taktisk grupp-mitt i livet beslutsfattande. En fokusgrupp psykisk hälsa finns också kopplad som en förankrande instans till vård- och stödsamordning. Sedan 2015 finns inom den regionala samverkansstrukturen en särskild processgrupp för integrerad psykiatri, vård-och stödsamordning, ursprungligen benämnd PRIO gruppen i Halland. Sedan 2018 finns ett regionalt nätverk av fördjupningsutbildade med uppdrag att fungera som länsgemensam metodgrupp samt att implementera och utveckla arbetsmodellen utifrån ett regionalt perspektiv. se bilaga 3.

Lokal samverkansstruktur

Den lokala samverkansstrukturen ska innefatta regelbundna samverkansforum på Ledningsnivå mellan de lokala aktörerna i kommuner och psykiatri samt lokala metod- och arbetsgrupper med uppdrag att implementera och utveckla arbetsmodellen på en lokal nivå samt fastställa och uppdatera lokala samverkansöverenskommelser med detta dokument det regionala stöddokumentet, som utgångspunkt, se bilaga 3.

3. Mål och syfte

Målet med en arbetsmodell för integrerad psykiatri i form av vård- och stödsamordning med resursgruppsarbetet i Halland är främst att öka den enskildes livskvalitet och öka dennes möjlighet till inflytande och självbestämmande över sin situation i de fall där den enskilde bedöms vara i behov av insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänst. Målet med vård- och stödsamordning är att utgå från en gemensam arbetsmodell för personal inom psykiatri i Region Halland och socialtjänsten i de Halländska kommunerna. Detta innebär att personal i verksamheterna inom regionen och kommunerna arbetar med ett integrerat arbetssätt vilket leder till förbättrad samverkan mellan psykiatri, socialtjänst samt vid behov, andra berörda aktörer kring vård och stöd till personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

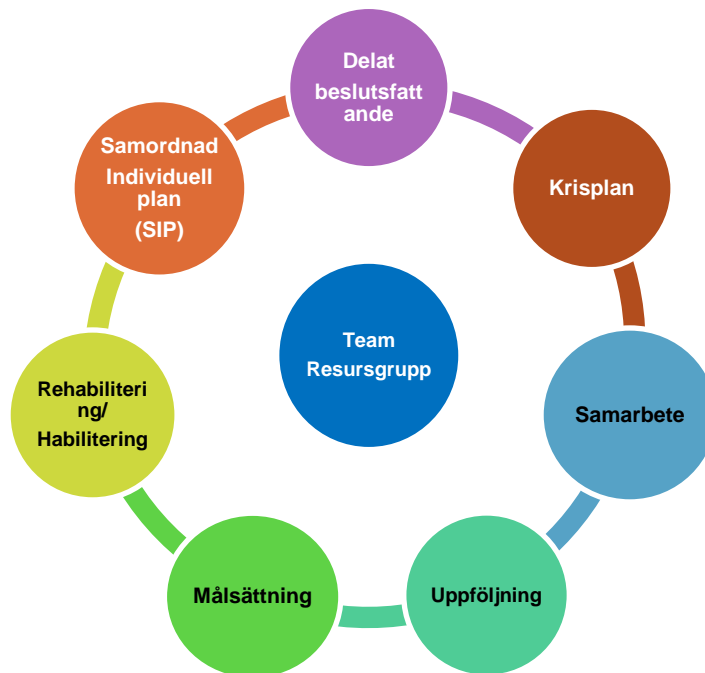
4. Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete

Integrerad psykiatri

Vård- och stödsamordning i Halland utgår från metodprogrammet integrerad psykiatri och bygger på sex huvudinslag

1. Att kartlägga klientens problem och mål.
2. Att lära ut hur man minskar stress.
3. Att lära ut hur man effektivt löser problem och uppnår mål.
4. Att göra den psykiska sjukdomen och behandlingen mer begriplig.
5. Att förbättra kommunikationen mellan medlemmar av resursgruppen.
6. Att förebygga och hantera kriser.

Utifrån resursgruppsarbetet implementeras dessa huvudinslag som utgår från den enskildes behov och mål.



Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete skapar en struktur för samverkan och ger den enskilde möjligheten att få ett ökat inflytande över sin vård, behandling, rehabilitering och stöd i sin återhämtning. Samverkan skapar en effektivare process och en förståelse för respektive huvudmans uppdrag. Vård- och stödsamordning används i de fall där behovet av samordning har uppmärksamats eller där behovet är påtagligt.

Vilka personer kan få vård- och stödsamordning?

I Hallands län har beslut fattats i samverkan mellan region Halland och samtliga kommuner, om att vård- och stödsamordning ska erbjudas till personer med schizofreni, schizofreniliknande tillstånd eller annan psykosjukdom. Vård- och stödsamordning bör även kunna erbjudas för personer med missbruk, samsjuklighet och/eller annan omfattande komplicerad psykiatrisk problematik vid behov.

Både personal inom psykiatri och kommunen ska erbjuda samt i vissa fall motivera den enskilde till vård- och stödsamordning, i de fall där behov av samordning uppmärksamats. Insatsen ska syfta till att öka den enskildes livskvalitet och öka dennes möjlighet till inflytande, självbestämmande över sin situation, ökad eller bibehållen funktion när det gäller boende, arbete och relationer samt ge ökad delaktighet i samhället.

Vem kan bli vård- och stödsamordnare?

Ansvar för att informera och initiera första mötet ligger på den aktör som först ser behovet. Både personal från Region Halland och de Halländska kommunerna kan bli vård- och stödsamordnare efter genomgången utbildning i vård- och stödsamordning.

Hur rutiner och kontaktvägarna ser ut regleras i den lokala överenskommelse som samverkats och avtalats i respektive kommun med aktuell öppenvårdsmottagning (Bilaga 2: rekommendationer för lokala överenskommelser)

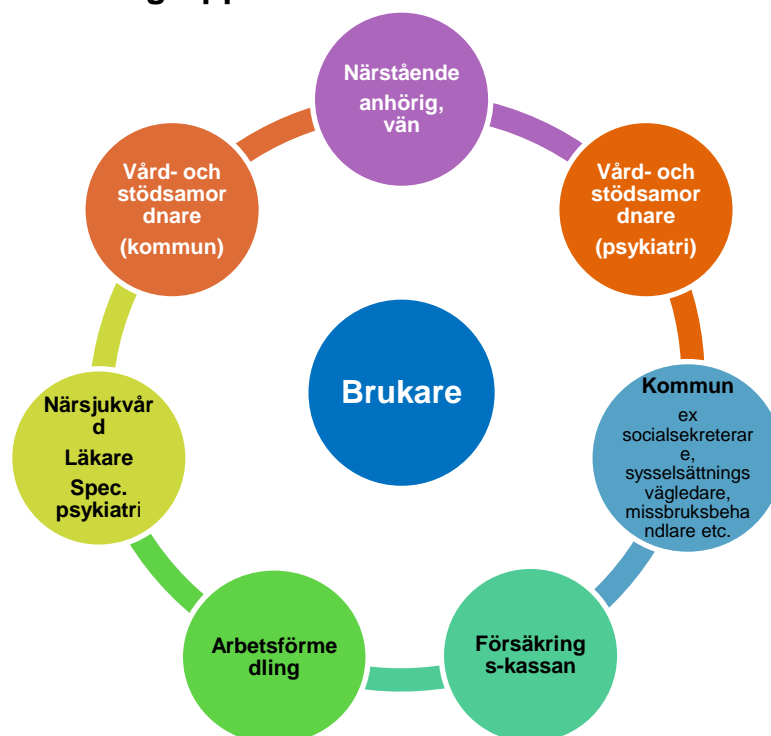
Vad innebär det att vara vård- och stödsamordnare?

Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete följer en viss arbetsgång som utgår från processens olika faser. Vård- och stödsamordnaren är den funktion som finns med den enskilde genom hela processen som stöd för att kartlägga, formulera mål, ha mandat att samordna och kalla till resursgruppsmöten och att hålla samman nätverket runt den enskilde. En checklista finns och upprättas vid första mötet med den enskilde. Vård- och stödsamordnaren ansvarar för insatser och uppföljning av resursgruppsarbetet och på individnivå, vilket gör att tidsåtgången varierar.

Resursgruppen

Resursgruppen utgör basen i arbetet runt den enskilde för att skapa ett sammanhållet stöd utifrån den enskildes hela livssituation. I resursgruppen ingår både det privata och det professionella nätverket. Som professionell kan du oavsett vilken huvudman du tillhör, vara delaktig i resursgruppen även om du inte gått utbildning i vård- och stödsamordning. Detta innebär att alla kontakter som är nödvändiga för den enskilde kan kopplas in i resursgruppen. Personers deltagande kan skifta, variera över tid och nya behov kan tillkomma under processens gång. Vård- och stödsamordnaren bör dock vara en och samma person under hela processen för att främja kontinuiteten för den enskilde.

Exempel på hur en resursgrupp *kan se ut*

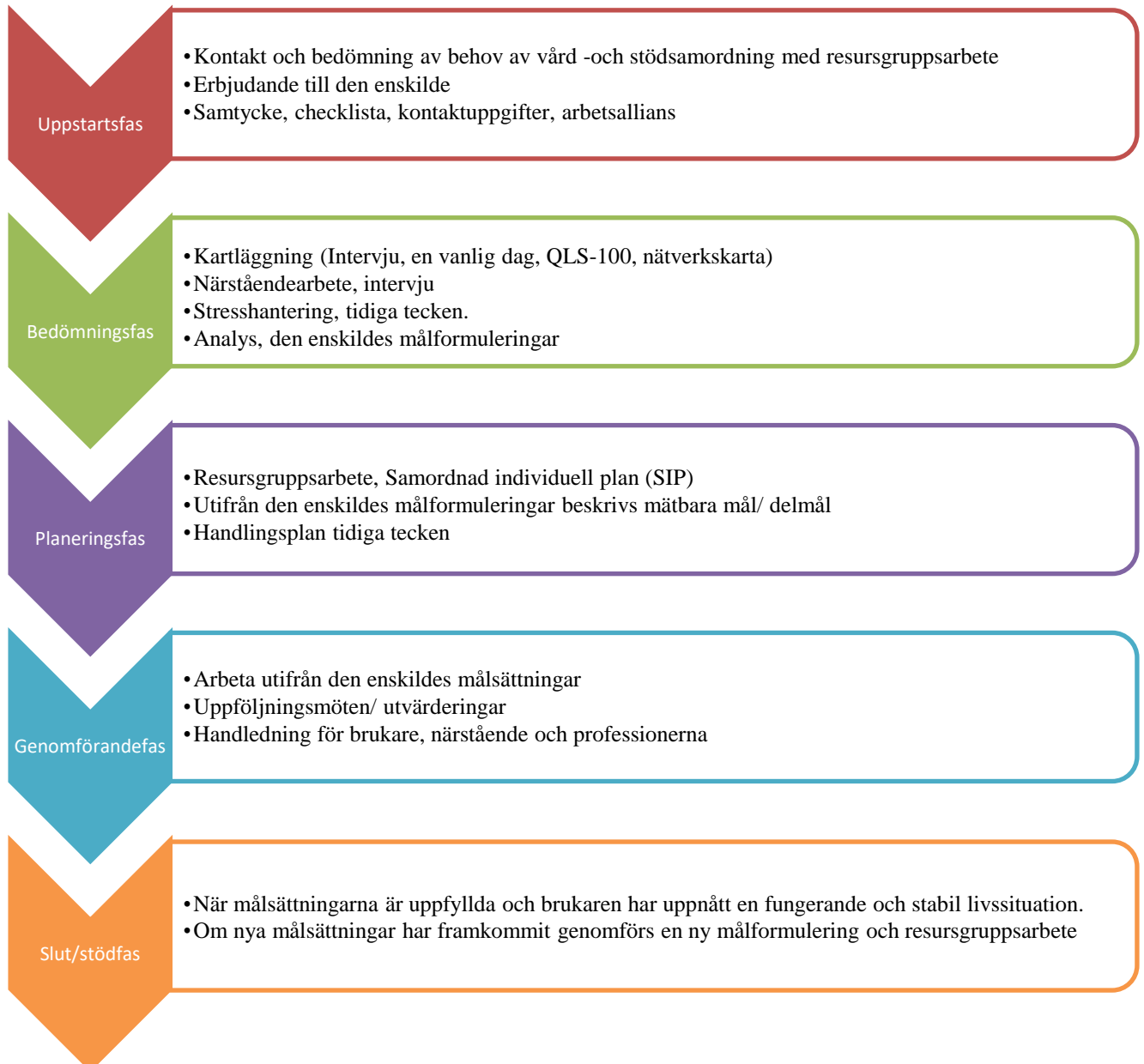


Dokumentation

Varje huvudman har en skyldighet att dokumentera arbetet i det enskilda ärendet i respektive journal/akt. Arbetsbladen och dokument som rör vård- och stödsamordnings ärende på individnivå ägs av och skall finnas hos den enskilde som original eller kopior.

5. Flödesschema

Här beskrivs flödet och faserna i vård- och stödsamordningsprocessen samt de arbetsblad som kan användas i respektive fas. Flödesschemat och arbetsbladen som rekommenderas utgår ifrån integrerad psykiatri och resursgruppsarbete och syftet att använda dem är att stödja den enskilde i att finna sina egna förändringsönskningar och målsättningar. Alla arbetsblad återfinns i slutet av detta dokument under rubriken ”Arbetsblad integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning i Halland.



6. Beskrivning av processer och arbetsblad

Uppstartsfas

Inledande arbete då vård- och stödsamordnaren samlar in information om den enskilde och dess nätverk. Vård- och stödsamordnaren träffar den enskilde och närstående för att formulera mål utifrån den enskildes behov.

Samtycke

När den enskilde har fått information och tackat ja till samordning utifrån modellen vård- och stödsamordning, bokas ett första möte in mellan huvudmännen och den enskilde. Vid detta möte ska en samtyckesblankett undertecknas. Den enskilde har möjlighet att lämna ett muntligt samtycke, men det är då viktigt att detta dokumenteras noggrant i den enskildes journal.

Checklista

Checklistan har till syfte att möjliggöra och tydliggöra samverkan enligt vård- och stödsamordning. Checklistan beskriver hur processen kommer att se ut. I checklistan bokas alla tider in som behövs under processen samt även vilken huvudman som ansvarar för respektive del.

Kontaktuppgifter

I samband med första mötet mellan den enskilde och vård- och stödsamordnarna upprättas en kontaktlista. Denna lista kan komma att behöva uppdateras över tid då medlemmarna i resursgruppen kan komma att ändras.

Bedömningsfas

Intervju

För att få en heltäckande bild av den enskildes behov genomförs en intervju. Intervjun kan ta olika lång tid och kan delas upp på flera tillfällen. Om den enskilde har två utsedda vård- och stödsamordnare så rekommenderas det att båda deltar vid intervjun. Vård- och stödsamordnarna behöver dock i förväg komma överens om vilken roll hen har under intervjutillfället, till exempel att den ena fokuserar på att ställa frågor medan den andra antecknar.

En vanlig dag

En vanlig dag är en kartläggning av hur den enskildes vardag ser ut. Guida den enskilde genom att be den enskilde beskriva hur dagen ser ut från det att hen går upp tills dess att den enskilde går och lägger sig, beskriv hela dygnet. I vissa fall behöver den enskilde guidning och stöd för att minnas vad som händer "en vanlig dag". Klockslag kan anges för att tydliggöra dygnsrytm. Informationen som framkommer ger information om den enskildes eventuella förändringsönsknings i aktiviteter och relationer i vardagen.

QLS-100

Arbetsbladet används för att få information om livsområden som den enskilde upplever otillfredsställande. I de fall den enskilde upplever otillfredsställelse inom flera områden behöver ställning tas till vilka två-tre områden som den enskilde upplever är viktigast att förändra i nuläget.

Lifechart –livslinje

Vid användandet av en livslinje får brukaren beskriva viktiga händelser som hänt i livet, både positiva och negativa och som kan ha bidragit att forma den enskilde. Livslinjen beskrivs i årtal eller ålder.

Nätverkskarta/Sociogram

Nätverkskartan syftar till att tydliggöra vilka personer som finns i den enskildes nätverk. Här kan både professionella, närstående och vänner ingå. Utifrån nätverkskartan kan den enskilde med hjälp av vård- och stödsamordnarna identifiera vilka personer som kan vara aktuella att bjuda in till ett resursgruppsmöte, s.k. resurspersoner. De frågor som ställs i samband med genomförandet av nätverkskartan ger också information om det finns eventuella önskemål om förändring i befintliga relationer.

Intervju med närstående

Syftet med närståendeeintervjun är att identifiera närståendes uppfattning om den enskildes livssituation, funktionsnedsättning osv. Utformningen av frågorna bygger på samma frågeställningar som den enskilde besvarade vid sin intervju, men formulerat ur ett närståendeperspektiv.

Analys och målformulering

Syftet med analysen är att med stöd av de arbetsblad som använts sammanfatta och stödja den enskilde att finna vilka områden i livet som det finns önskemål om att förändra samt vilket område som den enskilde vill börja med att förändra. Syftet med analysen är också att den enskilde ska kunna formulera ett personligt långsiktigt mål.

Planeringsfas

Resursgruppsarbete

Lilla resursgruppen

Vård- och stödsamordnaren och den enskilde förbereder inför kommande resursgruppsmöte.

Resursgrupp

Den enskilde utser viktiga personer som ska ingå i resursgruppen som sedan bjuds in till resursgruppsmötet.

Resursgruppsmöte

På resursgruppsmötet arbetar den enskilde tillsammans med vård- och stödsamordnarna och resurspersonerna gemensamt fram en samordnad individuell plan som beskriver nuläget. En handlingsplan- tidiga tecken upprättas också gemensamt under resursgruppsmötet. I samband med resursgruppsmötet bokas en tid in för uppföljning av den samordnade individuella planen och krisplanen-tidiga tecken. För att kunna följa upp arbetssättet på individnivå används arbetsbladet Min delaktighet efter avslutat resursgruppsmöte.



För vidare information se under rubriken; uppföljning på individnivå. Resursgruppsmöte för uppföljning/utvärdering genomförs cirka fyra gånger per år.

Samordnad individuell plan (SIP)

I SIP- planen ska det framgå vilka långsiktiga mål den enskilde har och vilka delmål arbetet ska fokusera kring fram tills nästkommande resursgruppsmöte. Planen ska även beskriva vilka insatser som den enskilde behöver för att nå målen, vilka insatser kommunen eller Region Halland svarar för, vilka insatser/åtgärder som vidtas av annan aktör och vem som har det övergripande ansvaret för planen.

Handlingsplan tidiga tecken

För att förhindra att den enskilde försämras och återinsjuknar görs en kartläggning av tidiga kännetecken på försämring. Genom att tidigt identifiera förändringar i vanor, beteende och relationer kan interventioner göras för att förhindra utvecklingen av ett återinsjuknande. Det är viktigt att så många som möjligt i den enskildes privata och professionella nätverk får kännedom om "tidiga tecken" för att kunna upptäcka när en försämring är på gång. Med hjälp av arbetsbladet förbinder sig både den enskilde, de professionella och eventuellt närstående att agera efter planen. Alla som är omnämnda i krisplanen-tidiga tecken får en kopia. Vård- och stödsamordnarna ansvarar för att informera berörda aktörer/parter. Krisplanen- tidiga tecken revideras vid behov.

Genomförandefas

Under genomförandefasen arbetar alla som deltagit vid resursgruppsmötet enligt upprättad SIP. Den enskilde, vård- och stödsamordnarna och närstående träffas regelbundet mellan resursgruppsmötena för avstämning. Avstämningsmöten samt resursgruppsmöten fortgår till dess att den enskildes målsättningar är uppnådda.

Problemlösning med 6-stegsmetoden

Psykisk funktionsnedsättning kan medföra kognitiva nedsättningar vilket i sin tur kan påverka förmågan att lösa problem. Problemlösning med 6-stegsmetoden kan med fördel användas som en naturlig del av rehabiliteringen. När problem uppstår används metoden för att diskutera fram en gemensam lösning, dock viktigt att den enskilde får välja vilken lösning som skall användas. Metoden är användbar såväl i resursgruppsarbetet som individuellt med den enskilde.

Slut/stödfas

När den enskilde nått sina mål och skapat tilltro till sina egna förmågor finns det professionella nätverket kvar över tid och ger stöd i att bibehålla funktioner som utvecklats. Årliga uppföljningar ska göras. Programmet avslutas när den enskilde uppnått en fungerande och stabil livssituation.



7. Uppföljning

Verksamhets- och gruppnivå

Taktisk grupp är ansvarig för uppföljningen av arbetssättet vård- och stödsamordning på verksamhets- och gruppnivå. Detta dokument revideras en gång per år eller vid behov via utsedd metodgrupp i Halland.

Individnivå

På individnivå kommer arbetssättet vård- och stödsamordning kontinuerligt att följas upp utifrån att den enskildes målsättningar diskuteras enskilt mellan den enskilde och vård- och stödsamordnaren samt vid upprättandet av SIP inom ramen för resursgruppsarbetet. För att systematiskt kunna följa upp arbetssättet på individnivå används arbetsbladet Min delaktighet regelbundet, dock minst efter varje resursgruppsmöte.



8. Referenser och Litteraturlista

E-Arbeitsbok Resursgrupps ACT (RACT) © OPT – Västra Götalands regionen – Sahlgrenska universitetssjukhuset
(<https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%202/Psykiatri%20Psykos/KCS/Arbetsmetoder/e-Arbeitsbok%20Resursgrupps-ACT.pdf>)

Brain, C. & Landqvist-Stockman, S. & Olsson, H. (red.) *Integrerad Psykiatri i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB; 2014

Informations- samt arbetsblad som inhämtats vid studiebesök i Kristianstad, 2014. *Case management i Nordöstra Skåne, arbetsmodell och arbetsblad 2013*. Materialet är sammanställt på uppdrag av styrgruppen för Siriusprojektet i Skåne nordost; 2013 – uppdaterad 2018-01-25.
(<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/med-omraden/case-management/2018-ars-cm-manual-kf.pdf>)

Lundin, L. & Mellgren, Z. (red.) *Psykiska funktionshinder- stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund: Studentlitteratur AB; 2012

Malm, U. (red.) *Case management- Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB; 2002

Material och arbetsblad inhämtade vid en åtta dagars grundutbildning i vård- och stödsamordning. *Uppdragsutbildning i vård- och stödsamordning i samarbete med Högskolan i Kristianstad*. Halmstad och Varberg; 2016.

Samordnad individuell plan. Halland. 2016-04-07
<http://www.regionhalland.se/SIP>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag (HSL)*

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag (SoL)*

SFS 2014:821. *Patientlag*

Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2018- stöd för styrning och ledning*. 2018

9. Bilagor

Bilaga 1. Begreppsförklaringar

Evidensbaserad praktik

Den som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap, vilket innebär att den enskildes situation, erfarenheter och önskemål samt den professionellas erfarenhet vägs samman med bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser. Målet är att de metoder som används ska vara till nytta för den enskilde.

Huvudman

En term för en statlig myndighet, kommunal förvaltning eller annan likartad organisation som har ansvar för viss verksamhet.

Integrerade arbetsformer

Samordning av olika metoder och arbetssätt. De personer som har behov inom flera olika livsområden (psykisk ohälsa, fysisk ohälsa, ekonomi/försörjning, arbete/sysselsättning, bostad, missbruk/beroende etc.) bör ges insatser parallellt.

Integrerad psykiatri

En integrerad arbetsform avseende behandling, socialt arbete och rehabilitering där stödet till den enskilde är integrerat och ges parallellt.

Implementera

Implementera kan innebära att en ny modell eller ett nytt arbetssätt ska införas i en verksamhet utifrån att behov av ett nytt arbetssätt har uppmärksammats.

Svårigheter att rikta sin uppmärksamhet, sina känslor och tankar mot

Kognitiva svårigheter

en uppgift och att utestänga yttre störande faktorer.

PRIO

Plan För Riktade Insatser inom Område (i detta fall psykisk hälsa)

Psykosociala insatser

Psykosociala insatser innefattar både stöd och behandling. Psykosocialt stöd syftar till att erbjuda stödjande insatser med syfte att förbättra den enskildes sociala situation och livssituation i övrigt utifrån uppsatta mål. Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta en enskilds problembeteende.

Resursgruppsarbete

Den enskildes sammansättning av viktiga personer både närstående och professionella som arbetar enligt den enskildes målsättningar.



Resursgruppsmöte

De möten där man planerar/fastställer och följer upp målsättningarna som den enskilde vill nå.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samverkansdokument som tydliggör vem som gör vad. En SIP ska erbjudas alla som har en insats från både kommun och region. Dokumentet samt mer information finns att få via www.regionhalland.se

Samverkan

Samverkan kan ske inom och mellan exempelvis enheter, myndigheter och samhällsaktörer vad gäller att exempelvis aktivt utbyta information och planera gemensamma aktiviteter.

Samordning

Samordning är när exempelvis vården och stödet utförs gemensamt av berörda inom olika verksamheter.

Regional stödstruktur

Den regionala stödstrukturen innefattar olika nivåer- tre taktiska grupper och fyra olika fokusgrupper. Fokusgrupperna är inte statiska utan teman för dessa kan förändras. Taktisk grupp mitt i livet är den grupp inom den regionala stödstrukturen som fattar beslut i frågor, där bland annat vård- och stödsamordning innefattas.

Vård- och stödsamordnare

Den person från kommun och/eller psykiatri som utsetts vara ansvarig att samordna den enskildes insatser från kommun, psykiatri, försäkringskassan, arbetsförmedlingen m.fl. och ser till att planen följs.

Bilaga 2. Förslag till lokal överenskommelse och rutin

Nedan följer förslag på struktur och hur innehållet kan utformas lokalt mellan respektive verksamheter

1. Inledning

Innehållet i denna överenskommelse och samverkansrutin utgår ifrån det länsgemensamma stöddokumentet för samverkan och användandet av arbetsmodellen vård- och stödsamordning som taktisk grupp beslutat om inom Hallands län. Denna överenskommelse och samverkansrutin har anpassats till de förutsättningar som finns inom respektive (kommun) och (region). Dokumentet ska beskriva ansvaret och processen vid användandet av arbetsmodellen vård- och stödsamordning samt vad man som utförare måste ha kännedom om för att kunna använda modellen på lokal nivå.

2. Verksamheter som omfattas av denna samverkansrutin

3. Syfte

Det övergripande målet och syftet hämtas från den regionala överenskommelsen om samverkan samt från det regionala dokument avseende arbetsmodellen vård- och stödsamordning.

4. Målgrupp

I Hallands län har beslut fattats i samverkan mellan region Halland och samtliga kommuner, om att vård- och stödsamordning ska erbjudas till personer med schizofreni, schizofreniliknande tillstånd eller annan psykosjukdom. Vård- och stödsamordning bör även kunna erbjudas för personer med missbruk, samsjuklighet och/eller annan omfattande komplicerad psykiatrisk problematik vid behov.

5. Ansvar

Under denna rubrik beskrivs rollfördelningen mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter. Beskrivning av vård- och stödsamordnarnas uppdrag och mandat.

6. Processbeskrivning

Under denna rubrik beskrivs hur kontakterna mellan huvudmännen tas samt de kommunikations- och kontaktvägar som finns. Här klargörs också processen inom vård- och stödsamordning vad gäller vem som initierar ärenden och vilka kartläggningmetoder som används inom respektive huvudman.

7. Implementering av samverkansrutinen

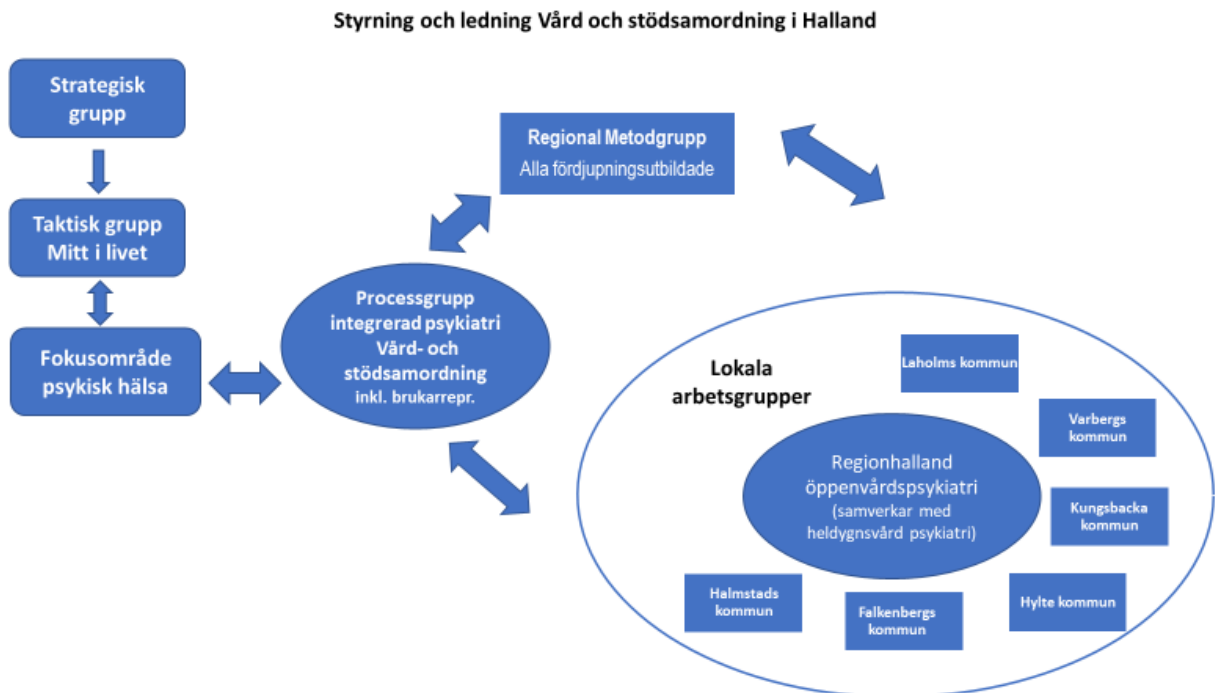
Här beskrivs hur implementeringen av den regionala överenskommelsen om samverkan samt den lokala samverkansrutinen ska ske samt när arbetsmodellen vård- och stödsamordning ska påbörjas.

8. Uppföljning och revidering av samverkansrutiner

Sker vid behov eller ändringar av den regionala strukturen och stöddokumentet

Bilaga 3.

Regionala och lokala samverkanstrukturer för Vård- och stödsamordning



Regional samverkanstruktur

I Region Hallands finns det en regional stödstruktur för samverkan där det på olika nivåer och grupper finns representanter för respektive kommun och Region Halland.

Strategisk grupp

Den strategiska gruppen har ett övergripande ansvar för gemensam utveckling i länet inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård i Halland.

Taktiska grupper

Det finns ett antal taktiska grupper där gruppen ”Mitt i livet” är den inom den regionala stödstrukturen som fattar beslut och ger uppdrag i frågor, där bland annat vård- och stödsamordning innefattas.

Fokusgrupper

Under taktiska grupperna finns det fokusgrupper inom olika områden – Fokusgrupp psykisk hälsa är en arbetande/förberedande referensgrupp till taktisk grupp vad gäller frågor kring psykisk hälsa.



Processgrupp integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning

Processgruppen för integrerad vårdkedja-Vård- och stödsamordning ansvarar sedan 2015 för att hålla ihop och driva arbetet på en regional nivå vad gäller exempelvis behov av utbildningar samt att revidera beslutat stöddokument. Processgruppen förbereder ärenden vad gäller vård- och stödsamordning som ska tas upp i stödstrukturen, främst till taktisk grupp. Representationen i processgruppen är ett regionalt processtöd - avdelningen för regional samverkan vård- och socialtjänst, chefer och medarbetare från regionen och från respektive kommun kopplade till arbetet med vård- och stödsamordning på lokal nivå eller verksamhetsnivå i Regionen samt ett antal brukarrepresentanter.

Regionalt nätverk och metodgrupp

Det regionala nätverket fungerar som metodgrupp och har till syfte att implementera och utveckla arbetsmodellen utifrån ett regionalt perspektiv. Representationen i den regionala metodgruppen är fördjupningsutbildad personal från region och kommun.

Lokal samverkansstruktur

Enligt den beslutade gemensamma samverkansstrukturen för vård- och stödsamordning i Halland ska det förutom de regionala grupperna finnas en lokal samverkansstruktur mellan socialtjänst och psykiatri

Lokal arbetsgrupp

Den lokala arbetsgruppen ansvarar för att samverka, implementera och följa upp lokala samverkansrutiner och överenskommelser gällande vård- och stödsamordning samt även beskriva rollfördelningen mellan huvudmännen/verksamheterna. Representationen i gruppen ska bestå av minst en person från varje berörd huvudman på orten som har mandat att fatta beslut rörande vård- och stödsamordning, samverkansfrågor, arbetsfördelning, rutiner resursprioriteringar etc. De lokala brukarorganisationerna är med fördel också representerade.

Lokal metodarbetsgrupp

Den lokala metodarbetsgruppen ansvarar för att lokalt implementera arbetsmodellen inom ordinarie verksamhet. Representationen i lokal metodgruppsgruppen är medarbetare från både region och kommun som arbetar mer verksamhetsnära och använder arbetsmodellen i sitt dagliga arbete arbetar tillsammans för ökad samverkan. Uppdraget för gruppmedlemmar innefattar att vara ambassadörer för arbetsmodellen och erbjuda handledning och stöd till utbildade kollegor och medarbetare i det arbetet med vård- och stödsamordning. Gruppens uppdrag är också att ta fram lokala processer och rutiner med utgångspunkt från det läns-gemensamma stöddokumentet och den lokala överenskommelsen. Gruppen ansvarar för att identifiera hinder och frågetecken runt modellen som en del av metodutvecklingen och förmedla erfarenheten till den regionala nätverks och metodgruppen samt till läns-gemensamma processgruppen Integrerad psykiatri Vård-och stödsamordning.

Interna metodarbetsgrupper

Utöver det som finns beskrivet i denna bilaga, finns det inom regionen och inom respektive kommun lokala interna metodarbetsgrupper som utifrån den egna verksamheten träffas för diskussion och utveckling av arbetsmodellen. Denna struktur beskrivs eller bestäms inte i detta dokument utifrån att dess karaktär ser väldigt olika ut inom kommunerna och regionen.

10. Arbetsblad - vård- och stödsamordning i Halland



Följande arbetsblad ingår i detta dokument

Informationsblad till dig som blir erbjuden Vård- och stödsamordning

Samtycke till samverkan och informationsutbyte

Checklista

Kontaktuppgifter

Intervju (brukare/patient)

En vanlig dag

QLS-100

Livslinje

Nätverkskarta/Sociogram

Analys och Målformulering

Närståendeintervju

Kallelse till resursgruppsmöte

Informationsblad om Vård- och stödsamordning

Handlingsplan tidiga tecken samt stödfrågor

Problemlösning med 6- stegsmetoden

Uppföljning Individnivå/Min delaktighet

Information till dig som erbjuds Vård- och stödsamordning i Halland



Informationen vänder sig till dig som har behov av och/eller som har blivit erbjuden vård- och stödsamordning i Hallands län



Du kan bli erbjuden vård- och stödsamordning

- Om du har schizofreni, schizofreniliknande tillstånd eller annan psykosjukdom
- Om du har missbruk, beroende eller samsjuklighet
- Om du har omfattande psykiatriska svårigheter och stort behov av vård, stöd och samordning

Det här kan din Vård-och stödsamordnare hjälpa dig med

- Samordna olika aktörer och kontakter så att du får en bättre överblick över din livssituation.
- Få livet fungera bättre när alla drar åt samma håll.
- Sortera och få struktur på var och hur du ska börja och vad som blir nästa steg, då du inte kan göra allt på samma gång
- Arbetet följer ett visst program, i en viss ordning som det finns forskning på. För att få vård- och stödsamordning behövs ditt samtycke

Detta kan du förvänta dig

- Du och din Vård-och stödsamordnare träffas regelbundet för att tillsammans kartlägga förutsättningarna för vad som är en bra livskvalitet för dig
- Utifrån kartläggningen ni gjort bestämmer du dina mål
- Tillsammans tar ni sedan fram en plan för att nå de mål som du har satt upp.
- Det är du som bestämmer vilka mål och på vilket sätt målen kan uppnås
- Du och din Vård-och stödsamordnare bjuder in till ett Resursgruppsmöte med de personer du vill ha med och som är viktiga för dig
- Du bestämmer var ni ska träffas
- Ni gör upp en dagordning som ni följer och möten pågår cirka en timme eller så länge som ni kommer överens om
- Vid mötet görs en Utvecklingsplan/ Samordnad Individuell Plan (SIP) där det tydligt ska framgå:
VAD som ska göras
HUR det ska göras
VEM som ska göra vad
NÄR det skall vara färdigt
- Din plan utvärderas vid resursgruppsmöte ungefär var tredje månad. Där ni arbetar efter din samordnade individuella plan tills du uppfyllt dina mål och känner dig nöjd

Vill du veta mer?

För mer information, prata med din kontakt eller personal inom Vuxenpsykiatri eller kommunens socialtjänst



SAMTYCKE TILL SAMVERKAN OCH INFORMATIONsutBYTE INOM MIN VÅRD- OCH STÖDSAMORDNING

Samtycket gäller endast information som behövs för att berörda myndigheter på bästa sätt ska kunna hjälpa mig.

Jag samtycker till att berörda myndigheter nedan samverkar kring mina insatser. Jag medger därför att berörda myndigheter får utbyta information utan hinder av sekretess.

Datum för samtycket:

Samtycket gäller under min pågående Vård- och stödsamordning.
Dock som längst 1 år

Personens namn:

Personens personnummer:

Medgivandet omfattar:

Ansvarig person och verksamhet:

Socialtjänst	<input type="checkbox"/>	
Hälsa- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	
Skola	<input type="checkbox"/>	
Arbetsförmedling	<input type="checkbox"/>	
Försäkringskassa	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	

Samtycket återkallas:

Datum:

Underskrift:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till personen.

Vård- och stödsamordnare/Initiativtagare till samverkan (namn och telefon):



CHECKLISTA

Namn:
Telefon:

Vem gör vad? Boka in alla tider

	Kommun	Öppenvård	Datum
Kontaktuppgifter			
Intervju			
En vanlig dag			
QLS-100			
Livslinje			
Nätverkskarta/ Sociogram			
Intervju-närstående			
Analys- målformulering			

Boka tider för:

	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Resursgruppsmöte							



KONTAKTUPPGIFTER

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/E-post: _____

Vård- och stödsamordnare: _____

Telefon/E-post: _____

Vård- och stödsamordnare: _____

Telefon/E-post: _____

Patientansvarig läkare: _____

Telefon/E-post: _____

Vårdcentral: _____

Läkare/sjuksköterska/kontaktperson: _____

Telefon/E-post: _____

Socialsekreterare: _____

Telefon/E-post: _____

Boendestödjare: _____

Telefon/E-post: _____

Annan personal inom socialtjänst: _____

Telefon/E-post: _____

Andra viktiga personer (Namn och telefon/E-post):



INTERVJU

Detta är **förslag** på frågeställningar att diskutera under en intervju:

1. Beskriv dina besvär?
2. Vilken diagnos har dina besvär fått? Anser du att du har fått rätt diagnos?
3. Hur påverkar dina besvär ditt dagliga liv?
4. Berätta om bakgrunden till dina besvär. När började det? Varför tror du att de kom?
5. Tycker du att du har tillräcklig kunskap om dina besvär och din behandling?
6. Hur tror du att andra ser på din situation?
7. Varierar besvären från dag till dag? Vad styr variationen?
8. Hur är ditt känsloliv? Hur påverkas du av känslor?
9. Hamnar du ofta i konflikter? Vad brukar de handla om i så fall?
10. Vad får dig att må bättre?
11. Vad gör dig glad?
12. Säg några positiva saker om dig själv
13. Vad har du för intressen?
14. Vilka situationer och händelser får dig att må sämre?
15. Hur märker du att du börjar må sämre?
16. Vad gör du om du märker att du börjar må sämre?
17. Även när man mår ganska bra kan man ha vissa kvarstående problem. Har du några sådana?
18. Har du något bra knep för att hantera dessa kvarstående problem?



19. Vad anser du om den behandlingen du fått? Vad har varit bra? Vad har varit dåligt?
20. Tar du någon medicin? Vad heter den? Vilken dos tar du?
21. Vilka fördelar ger din medicin?
22. Vilka nackdelar kan din medicin ge?
23. Hur ser du på framtiden? Hur har du det om fem år?
24. Vilken insats vill du helst av allt att jag/vi gör för dig? Vad förväntar du dig av mig/oss? *Vad vi verkligen skall göra bestämmer vi tillsammans när vi gjort en samordnad individuell plan.*



EN VANLIG DAG

<p>Aktivitet</p> <p>Vad brukar du göra?</p> <p>Syftet är att beskriva "en vanlig dag". Alltså även det som kanske kan beskrivas som problem (t ex ligger på sängen).</p> <p>Skriv det som tar det mesta ut av tiden överst.</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p>Vad skulle du vilja göra mer? Tex. öka frekvensen av något ovan, eller helt nya saker.</p>	
<p>Vad hindrar dig?</p>	
<p>Platser(lokal)</p> <p>Var brukar du vara på dagarna?</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p>
<p>Var skulle du vilja tillbringa mer tid?</p>	
<p>Vad hindrar dig?</p>	
<p>Personer</p> <p>Vem är du mest tillsammans med på dagarna?</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p>Vem vill du träffa oftare? Vem vill du träffa mindre ofta?</p>	
<p>Vad hindrar dig?</p>	



QLS-100

Ringa in det du anser vara OTILLFREDSTÄLLANDE i ditt liv just nu.

Exempel:

Bostad

Bostadens storlek

Ljus

Bostad

Bostadens storlek

Ljus

Värme

Varmvatten

Dricksvatten

Kök

Toalett

Bad / Dusch

Bostadens utseende

Lugn och ro

Avskildhet

Hushåll och personlig omvårdnad

Inköp

Kost och matvanor

Hygien

Kläder

Tvätt

Städning

Sopor

Boendemiljö

Miljöföroreningar

Grannar

Diskriminering

Trygghet

Gång- och cykelvägar

Gator

Gatubelysning

Offentlig service

Offentliga färdmedel

Post

Telefon

Banker

Affärer

Kunskap och utbildning

Förstå svenska

Tillgång till tidskrifter

Tillgång till böcker

Grundskola

Högre utbildning

Yrkesutbildning



Kontakter

Kontakt mor, far
Kontakt sambo, äkta hälft
Kontakt barn
Kontakt övrig släkt
Kontakt vänner samma kön
Kontakt vänner motsatt kön
Sexuell kontakt
Kontakt arbetskamrater
Kontakt personal

Beroende

Behöva bo med andra
Behöva reshjälp
Behöva hjälp sköta pengar

Ekonomi, besparingar
Bidrag pension
Inkomst arbete

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

Religion
Kyrkliga aktiviteter
Religiösa upplevelser

Psykisk hälsa

Sömn
Psykiatrisk vård
Psykoterapi
Medicinbehandling

Kroppslig hälsa

Kroppssjukvård
Regelbunden sysselsättning

Fritid

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

Ytterligare något otillfredsställande?
Skriv det här:



LIVSLINJE

Skriv i kronologisk ordning ner viktiga händelser i ditt liv, positiva och negativa, som kan ha bidragit att forma dig till den person som du är idag. Datera med årtal eller din ålder.

Börja med hur din fostertid och förlossning var. Var du bodde och med vem när du föddes. Hur många syskon du hade och din familjesituation såg ut.

Fortsätt framåt i tiden. Ta med t ex;

Syskons födelse

Traumatiska händelser

Närståendes dödsfall,

Skilsmässor,

Egna sjukdomar eller olycksfall,

Sjukdomar eller olycksfall hos dina närstående,

Hur det fungerade för dig under skoltiden med studier och vänner,

Militärtjänst

Egna barn födelse,

Aborter,

När du har flyttat,

Arbeten,

Konflikter,

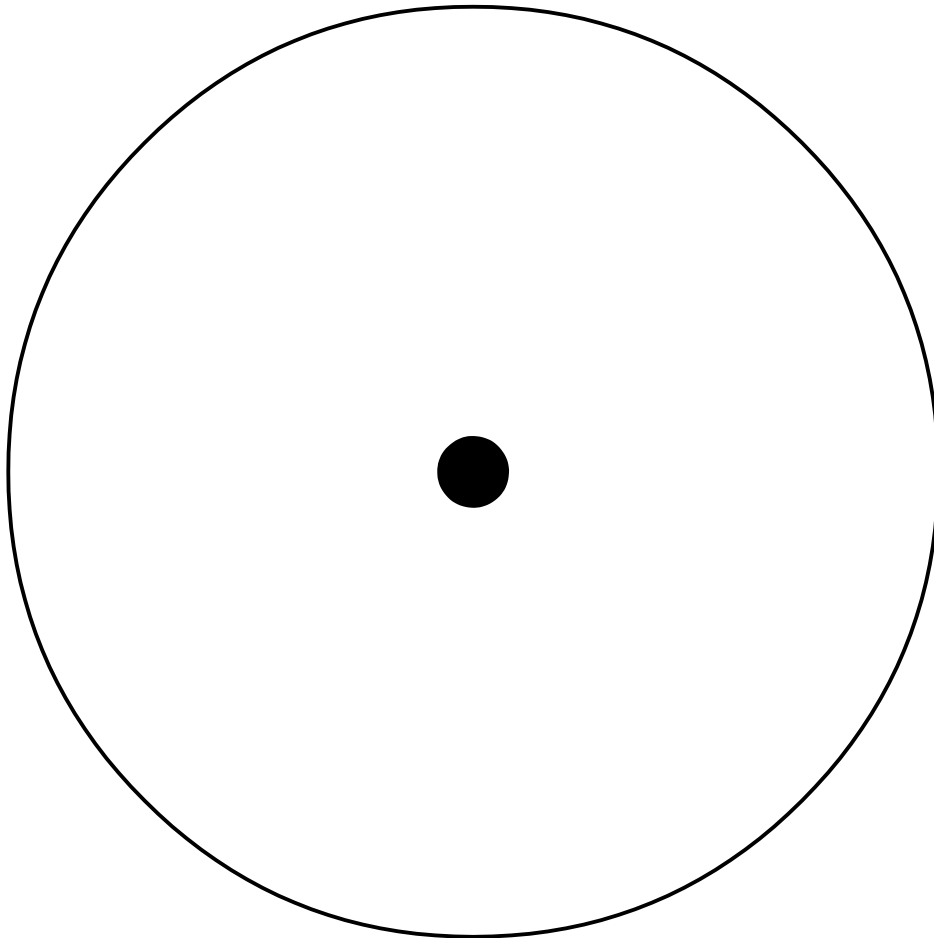
Viktiga relationer,

Mobbing

NÄTVERKSKARTA/SOCIOGRAM

Fyll i namn på personer du känner. Punkten i mitten är du. Personer du träffar ofta sätter du nära mitten. De du träffar mycket sällan sätts längst ut. När du fyllt i alla du kan komma på, kan vi diskutera följande frågor:

- Vilka personer är viktiga för dig?
- Vem är ett gott stöd?
- Vilka är trevliga att umgås med?
- Vilka vill du träffa oftare?
- Vilka är till besvär för dig?
- Vilka vill du träffa mer sällan?



NÄRSTÅENDEINTERVJU

Förslag till frågor att ställa till närstående/anhöriga

Vilka svårigheter/problem har din närstående (den enskilde)?

- Vet du hur du som närstående ska förhålla dig till dessa?
- Kan du tala med din närstående (den enskilde) om dessa svårigheter?
- Har du själv någon du kan tala med och få stöd?
- Vilket stöd behöver du av oss?

Vilken diagnos har din närstående (den enskilde)?

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

Vilken kunskap tror du att din närstående (den enskilde) har om sina svårigheter?

- Har du gått någon närståendebildning eller cirkel?
- Tror du som närstående att han/hon har tillräckliga kunskaper?

Känner du till hans/hennes tidiga varningstecken?

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

Vet du vad som orsakar försämringar eller att han/hon mår sämre?

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

Hur kommunicerar/talar du med honom/henne?

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

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

Hur löser han/hon sina svårigheter/problem?

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



Vad har han/hon för mål, kortsiktigt och långsiktigt just nu?

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

Vet du hur han/hon mår just nu?

- Kan ni tala om detta?
- Kan du fråga?
- Berättar han/hon för dig av sig själv? Eller om du frågar?

Vet du hur din närståendes (den enskildes) medicin verkar?

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

Lyssnar du och din närstående (den enskilde) på varandra?

- Uttrycker ni känslor, både negativa (ilska/irritation) och positiva (glädje)?
- Ber ni varandra om saker på ett positivt sätt?
- Gör ni kompromisser?

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

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

Känner du som närstående någon skuld?

Känner du som närstående någon skam?

Kan du vara arg/irriterad på honom/henne?

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

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

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

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

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

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



ANALYS OCH MÅLFORMULERING

Titta på de arbetsblad som har använts och lyft fram den enskildes tankar om förändring. Diskutera kring för- och nackdelar med respektive förändring. Vilka områden i livet har den enskilde önskemål om att förändra samt vilket område som den enskilde vill börja med att förändra. Formulera slutligen ett personligt långsiktigt mål.

Tankar om förändring

Fördelar

Nackdelar

Tankar om förändring	Fördelar	Nackdelar

Långsiktiga mål

Vid flera långsiktiga mål- rangordna vad som är viktigast att börja med

--



KALLELSE TILL RESURSGRUPPSMÖTE/SAMORDNAD INDIVIDUELL PLANERING (SIP)

Samordningen gäller

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:

Syfte med mötet

Information inför mötet

Datum:	Tid:	Bekräfta deltagande före den:
Plats:		
Information av vikt för mötets genomförande, ex tolk, allergier, vägbeskrivning etc.:		



Kallade till mötet

Namn	Verksamhet	Uppdrag/relation

Samordningen sker med personens samtycke. De som är kallade har skyldighet att delta i samordningen enligt 3f§ HSL, 2kap 7§ SoL . Bekräfta till den sammankallande inom 1 vecka att kallelsen är mottagen och meddela innan mötet, vem som kommer att delta.

Samman kallande

Namn och verksamhet:		
Telefon:	Mobil:	Mejladress:

Datum för kallelse:



INFORMATIONSBLAD OM VÅRD- OCH STÖDSAMORDNING TILL DIG SOM BLIR INBJUDEN, ELLER KONTAKTAD AV EN VÅRD- OCH STÖDSAMORDNARE

Vård- och stödsamordning går ut på att samla alla nödvändiga resurser som är till hjälp för att lösa den enskilde personens problem för att kunna ge ett samlat, samtidigt stöd från olika parter. Vård- och stödsamordnaren har tillsammans med den enskilde själv ansvar för all samverkan på individnivå. Vård- och stödsamordnaren kan vara anställd inom region/Psykiatri eller kommunens socialtjänst. Personen har, förutom sin yrkesprofession, gått en kurs i Vård- och stödsamordning. Blir du kontaktad av en Vård- och stödsamordnare kan du utgå ifrån att personen det gäller har stora svårigheter och behov av samordnat stöd från olika huvudmän.

Inledningsvis gör Vård- och stödsamordnaren och den enskilde en kartläggning av behov och resurser. Sedan bjuds aktuella personer in till ett resursgruppsmöte där fokus ligger på den enskildes mål. Resursgruppsmötet är den enskildes eget möte och ett tillfälle där den Samordnade Individuella Planen (SIP) alltid görs. På mötet fastställs även en krisplan, där medlemmarna i resursgruppen får kännedom om den enskildes tidiga varningstecken på återinsjuknande.

Vad kan du förvänta dig som resursperson och vad är din uppgift?

- Blir du inbjuden till ett resursgruppsmöte är det viktigt att du infinner dig. Du är utsedd av den enskilde som en viktig person i hans eller hennes fortsatta planering. Ofta sker mötena i den enskildes hem eller på någon annan plats som personen har valt ut. Om du bedömer att det finns någon annan i din närhet som är bättre lämpad än du själv att närvara, informera då Vård- och stödsamordnaren om det.
- Du får på förhand information om de mål som ska diskuteras på kommande resursgruppsmöte. Du kan om du vill be om en kopia på det samtycke om att sekretessen upphör, som Vård- och stödsamordnaren gjort med den enskilde inför att du blivit kontaktad.
- Blir du kontaktad av en Vård- och stödsamordnare, ta tillfället i akt och ta del av kartläggningmaterialet som finns. Vård- och stödsamordnaren arbetar med olika bedömningsinstrument och dokument (som QLS 100, Nätverkskarta och SIP) som fungerar lika bra inom psykiatri som socialtjänst.
- Du får ofta som resursperson kunskap om den enskildes tidiga varningstecken och kan komma att få en uppgift i ett akut läge.
- Vård- och stödsamordnaren är ett stöd i att få en helhetsbild av den enskilde och är någon som kan koordinera och följa upp alla insatser på individnivå.
- Samordnad individuell plan (SIP) – vuxna. Formulär/blankett för SIP kan hämtas på www.regionhalland.se och lokalt kan även formuläret/blanketten finnas tillgängligt i det interna verksamhetssystemet, exempelvis; Lifecare.



HANDLINGSPLAN VID TIDIGA TECKEN

Patientens/Brukarens Namn:	Personnummer:	Datum:
----------------------------	---------------	--------

Vad händer om jag blir försämrad, tex om du varit inlagd på sjukhus, vad hände innan dess?

Mina tidiga varningstecken är: tex Det finns risk att jag kan återfå symtom på:

1. _____
2. _____
3. _____

Om något varningstecken uppkommer ska jag:

1. _____
2. _____
3. _____

Min Vård- och stödsamordnare heter:

_____ Telnr: _____



Om någon av mina resurspersoner upptäcker att jag visar tidiga varningstecken vad kan de göra då?

Om min Vård- och stödsamordnare inte går att få tag på kontaktas:

_____ Telnr: _____

_____ Telnr: _____

Godkännande av handlingsplanen vid tidiga tecken:

Patient:	Vård- och stödsamordnare:
Vårdkontakt:	Annan:
Närstående:	Ev. Läkare:



Stödfrågor vid upprättandet av handlingsplan vid tidiga tecken

- Har du förlorat intresset för att göra saker?
- Har du svårt att koncentrera dig eller känner du dig störd i dina tankar?
- Har du haft mindre kontakt med din familj eller vänner?
- Har religion eller andlighet blivit mer betydelsefullt för dig än tidigare?
- Har du svårt att ta vardagliga små beslut?
- Har du haft svårt att sova?
- Har du känt dig spänd, orolig eller nervös?
- Har dina matvanor blivit förändrade? äter du mer eller mindre än tidigare?
- Har du svårt att hålla sams med din familj, vänner eller andra personer?
- Har du svårare att vistas eller delta i grupp eller bland många människor?
- Har du funderat på att skada dej själv eller någon annan?
- Dricker du alkohol eller röker? mer än vanligt?
- Har du tyckt eller tycker du att din omgivning är konstig, främmande eller ovanlig?
- Sover du mer eller mindre än vanligt?
- Tappar du intresset för saker som du tidigare tyckte var roligt?
- Kan du läsa, se på TV, använda dator, lyssna på musik etc med samma koncentration som tidigare?
- Har det hänt att din familj, vänner eller någon annan påpekar att du förändrats?



PROBLEMLÖSNING MED 6- STEGSMETODEN

Att lösa problem och uppnå mål:

1. Vad är problemet och målet? Klargör exakt!

Låt alla ställa sin åsikt, ställ frågor. Omformulera problemet till ett mål. Samtala om problemet eller målet ända tills vi vet och kan skriva ner exakt vad målet eller problemet är. Skriv ned det:

2. Lista upp alla möjliga lösningar.

Skriv ned alla idéer, också ”dåliga” eller ”dumma”. Låt var och en föreslå något. Tala inte om bra eller dåligt och fundera inte på för- och nackdelar.

3. Lyft mycket kort fram de största fördelarna och nackdelarna.

Gå snabbt igenom listan. Få vår grupp att kvickt och kort tala om vad vi tror är viktigaste fördelarna och nackdelarna med varje förslag. Skriv ingenting. Jämför inte lösningar nu.

4. Välj den bästa praktiska lösningen.

Välj den lösning som kan genomföras enklast med de resurser (tid, kunskaper, material, pengar) som vi just nu har.

5. Planera exakt gör hur lösningen ska genomföras.

Organisera de resurser som vi behöver. Överväg hur vi ska hantera troliga svårigheter. Öva alla steg, repetera och/eller rollspela.

Uppföljning bokas till: _____

6. Följ upp framsteg och hur det gått att genomföra planen:

Uppmuntra alla ansträngningar och försök som har gjorts. Gå igenom framsteg för varje punkt i planen. Ta sedan upp vad som uppnåddes. Ändra planen. Försök någon annan lösning. Håll på tills vårt mål har uppnåtts.



UPPFÖLJNING INDIVIDNIVÅ/MIN DELAKTIGHET

Namn och Datum:

Svara på frågorna nedan. Sätt även ett kryss på skalan (streck med fetstil) för vad som bäst stämmer överens med din uppfattning/upplevelse.

Vilka är med i din resursgrupp?

Har du själv fått välja resursgruppsmedlemmar? Sätt ett kryss på strecket nedan.

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar:

Vilka är dina mål i den Samordnade Individuella Planen (SIP)?

Har du själv fått bestämma dina personliga mål? Sätt ett kryss på strecket nedan.

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar:



Är du överens med din Vård- och stödsamordnare gällande dina personliga mål?

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar:

Har du fått stöd att förbereda dig inför resursgruppsmöten/ SIP-möten?

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar:

Vilka är dina tidiga tecken?

Har du själv fått bestämma vad *du* ska göra om du får några tidiga tecken? Sätt ett kryss på strecket nedan.

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar:

Har du själv fått bestämma vad *andra* ska göra om du får några tidiga tecken? Sätt ett kryss på strecket nedan.

Instämmer inte alls

Instämmer helt

0 1 2 3 4 5 6

Ev. kommentar: