

# Länsgemensamt stöddokument

## Vård- och stödsamordning Hallands län



Reviderat av utbildningsgrupp Vård- och stödsamordning 2024-05-07



## Innehållsförteckning:

Inledning.....	3
Varför ska vi samverka.....	3
Lagstiftning.....	3
Nationella riktlinjer.....	3
Nationellt arbete psykisk hälsa.....	3
God och nära vård .....	3
Kunskapsstyrning.....	4
Regional överenskommelse och regional samverkansstruktur.....	4
Överenskommelse.....	4
Samverkansstruktur – regionalt och lokalt.....	4
Mål och syfte.....	5
Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete.....	5
Integrerad psykiatri.....	5
Vem kan få vård- och stödsamordning?.....	6
Vem kan bli vård- och stödsamordnare?.....	6
Vad innebär det att vara vård- och stödsamordnare?.....	6
Resursgruppen.....	6
Dokumentation.....	7
Flödesschema.....	8
Beskrivning av processer och arbetsblad.....	9
Samtycke.....	9
Checklista.....	9
Intervju.....	9
En vanlig dag.....	9
QLS-100.....	9
Livslinje.....	10
Nätverkskarta/sociogram.....	10
Intervju med närstående.....	10
Planeringsfas.....	10
Utse resursgrupp.....	10
Samordnad individuell plan (SIP).....	10
Handlingsplan tidiga tecken.....	11
Målformulering.....	11
Genomförandefas.....	11
Problemlösning med 6-stegsmetoden.....	11
Slutfas/stödfas.....	11
Referenser och litteraturlista.....	12
Bilaga.....	13
Arbetsblad integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning i Halland.....	16

## 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 från 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 dennes 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.

Det finns en länsgemensam överenskommelse kring att och hur kommun och region ska samverka kopplat till vård- och stödsamordning.

## 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 ska ingå överenskommelse om samarbete i fråga om person med psykisk funktionsnedsättning. Den andra delen handlar om att alla brukare som behöver insatser från både huvudmännen (och andra) ska ha en individuell plan. De lagstadgade rättigheterna och skyldigheterna kring samordnad individuell plan (SIP) återfinns i 2 kap 7§ SoL, 16 kap 4§ HSL och 6 kap 4§ Patientlagen. Det är myndigheternas ansvar att skapa arbetsmodeller som gör att insatserna ges i rätt ordning med en helhetssyn på brukarens behov och förutsättningar.

### Nationella riktlinjer

År 2011 utgav Socialstyrelsen ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd”. Riktlinjerna har reviderats 2018 till ”Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning”. Riktlinjerna beskriver rekommendationer både riktat till hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt 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 symtom och ge ökad livskvalitet. Insatserna ska också ge bibehållen eller ökad 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.

## Nationellt arbete psykisk hälsa

### God och nära vård

2017 genomfördes en utredning, ”Samordnad utveckling för god och nära vård” (SOU 2017:01) som följdes av ett kompletterande betänkande inom området psykisk hälsa, ”God och nära

vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6). Där presenteras en modell som kallas ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som tillsammans och/eller kombinerat förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde och bättre möter behoven på befolkningsnivå. Kärnan i god och nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

### Kunskapsstyrning

Vård- och insatsprogrammen (VIP) är den del av ”Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård”. Vård- och insatsprogrammen tas fram av nationell arbetsgrupp och fastställs av Nationellt programområde för psykisk hälsa. Innehållet i vård- och insatsprogrammen bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ. I följande vård- och insatsprogram rekommenderas någon form av case management:

- Schizofreni och liknande tillstånd
- Skadligt bruk, skadligt bruk och beroende
- ADHD

Uppdaterad information om framtagna VIP finns här: [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochoinsats.se\)](https://vardochoinsats.se)

## Regional överenskommelse och regional samverkanstruktur

### Överenskommelse

Inom ramen för den regionala samverkan- och stödstrukturen i Hallands län finns det på strategiskt 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. Den senaste överenskommelsen gäller från och med 2022-01-01 och till och med 2024-12-31. Denna överenskommelse ersätter de tre tidigare överenskommelserna.

Överenskommelsen omfattar målgrupperna:

- Barn med behov av samordnade insatser från olika aktörer inom såväl kommun som region.
- Unga som vårdas utanför det egna hemmet.
- Individer med psykisk funktionsnedsättning.
- Individer med riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

### Samverkanstruktur – regionalt och lokalt

Den regionala utvecklingsgruppen för god och nära vård består av förvaltningschefer från socialtjänst och biträdande sjukvårdsdirektör från regionen.

Deras Ansvar i överenskommelsen är att:

- Ansvara för att förlängning, uppdatering eller revidering genomförs.
- Vara dialogpart för de lokala samordningsgrupperna avseende strategiska frågor runt uppdrag och genomförande.
- Ansvara för att ta del av den årliga uppföljningen och vid behov, ändra indikatorerna som de lokala samordningsgrupperna ska följa upp.

I samband med den årliga uppföljningen, görs regionala prioriteringar för kommande års utvecklingsarbete samt efter behov, ge utvecklingsuppdrag till samordningsgrupperna i syfte att utveckla samverkan mellan huvudmännen inom ett specifikt område. Där utöver finns det lokala samordningsgrupper.

De lokala samverkansgrupperna ansvarar för att sammanställa en gemensam uppföljning som beskriver samordningen såväl lokalt som regionalt. Uppföljningen ska innehålla följande indikatorer:

- Antal och analys av tvister och avvikelser.
- Analys av framgångsfaktorer, brister eller utvecklingsområden i samverkan.

## 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 psykiatrin i Region Halland och socialtjänsten i Hallands kommuner. 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.

## 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 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.



## Vem kan få vård- och stödsamordning?

I Hallands län har beslut fattats i samverkan mellan Region Halland och samtliga kommuner 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 riskbruk, skadligt bruk och beroende, 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 uppmärksammas. 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 Hallands kommuner kan bli vård- och stödsamordnare efter genomgången utbildning i vård- och stödsamordning. Hur rutiner och kontaktvägarna ser ut regleras i den lokala överenskommelsen som samverkats och avtalats i respektive kommun med aktuell öppenvårdsavdelning.

## 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 de enskilde genom hela processen som stöd för att kartlägga, formulera mål, ha mandat att samordna och kalla till resursgruppsmöten samt att hålla samman nätverket runt 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 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:

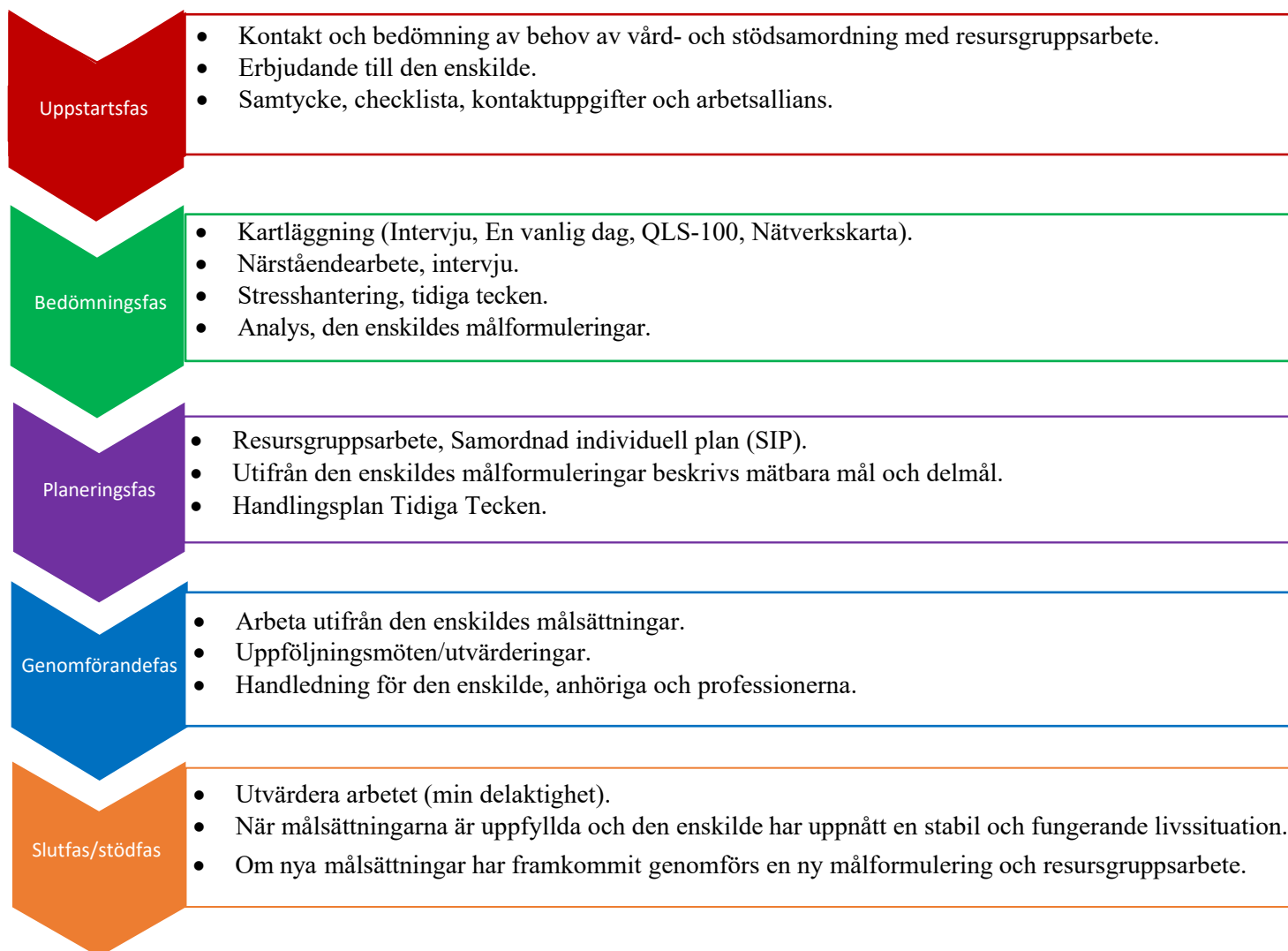


### Dokumentation

Varje huvudman dokumenterar arbetet enligt lokal rutin. Arbetsbladen och dokument som rör vård- och stödsamordning på individnivå, ägs av och skall finnas hos den enskilde som original eller kopior.

## 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 från integrerad psykiatri och resursgruppsarbete och syftet för att använda dem är att stödja den enskilde i att finna sina egna förändringsönsknings och målsättningar. Alla arbetsblad återfinns i slutet av detta dokument under rubriken ”Arbetsblad integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning i Halland”.





## Beskrivning av processer och arbetsblad

### Uppstartsfas

Inledande fas- där arbetet påbörjas och grundläggande information samlas in tillsammans med den enskilde. Den enskilde har innan uppstarten blivit informerad om vad vård- och stödsamordning innebär samt tackat ja till erbjudande om vård- och stödsamordning.

### Samtycke

Samtycke behövs för samverkan och informationsdelning inför och i resursgruppsarbetet. Samtyckesblankett fylls i samt undertecknas vid lämpligt tillfälle och delas med berörda parter. Den enskilde har möjlighet att lämna muntligt samtycke, men detta måste då journalföras.

### Checklista

Checklistan kan användas för att planera vilken huvudman eller profession som gör vad i arbetsmaterialet samt hålla reda på vad som har gjorts hittills.

### Bedömningsfas

I denna fas arbetar den enskilde tillsammans med vård- och stödsamordnare med arbetsbladen för att kartlägga och ta fram en helhetsbild över nuvarande livssituation samt önskan om förändring. Informationen från arbetsmaterialet sammanställs tillsammans med den enskilde för att ta fram långsiktiga mål och delmål.

### Intervju

För att få en heltäckande bild av den enskildes behov genomförs en intervju. Syftet med intervjun i första hand är att se om den enskilde har sjukdomsinsikt och kännedom om sin sjukdom. 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 de har under intervjutillfället, till exempel att den ena fokuserar på att ställa frågor och 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 till 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 till tre områden som den enskilde upplever viktigast att förändra i nuläget.

### Livslinje

Vid användandet av en livslinje får den enskilde beskriva viktiga händelser som hänt i livet, både positiva och negativa, 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.

### Planeringsfas

Efter eller i samband med kartläggning och målformulering förbereds resursgruppsarbetet och en inbjudan till resursgruppsmöte skickas till de personer som den enskilde vill ska delta. På resursgruppsmötet går man igenom nuvarande mål och delmål och en överenskommelse över vem som gör vad till nästa möte skapas. SIP-blanketten kan användas för resursgruppsmötet. Datum för uppföljning av resursgruppsmöte kan redan nu bokas in.

### Utse resursgrupp

Resursgruppen utgör basen i arbetet runt den enskilde för att skapa ett sammanhållet stöd utifrån den enskildes hela livssituation, där både den enskildes privata och professionella nätverk ingår. Det är den enskilde som avgör vilka som ska ingå i resursgruppen och att deltagandet i resursgruppen kan variera beroende på fokus och behov som lyfts i resursgruppen.

Vård- och stödsamordnaren bör dock vara en och samma person under hela processen för att främja kontinuiteten för den enskilde.

Resursgruppsarbetet 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 också en effektivare process och en förståelse för respektive huvudmans uppdrag. Vård- och stödsamordning används i de fall där behovet av samordning har uppmärksamats eller behovet är påtagligt.

### Samordnad individuell plan (SIP)

I SIP-planen ska det framgå vilka långsiktiga mål den enskilde har och vilka delmål arbetet ska fokusera kring, fram till 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 tidigare 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 eventuella 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/partner. Handlingsplanen tidiga tecken revideras regelbundet.

### Målformulering

Syftet 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 är också att den enskilde ska kunna formulera ett personligt långsiktigt mål.

## Genomförandefas

Under genomförandefasen arbetar alla som deltar i resursgruppsmötet enligt överenskomna åtaganden och följer upp arbetet vid nästa resursgruppsmöte. Den enskilde och vård- och stödsamordnarna träffas efter behov mellan resursgruppsmötena.

### 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, det är dock viktigt att den enskilde får välja vilken lösning som ska användas. Metoden är användbar, såväl i resursgruppsarbete som individuellt med den enskilde.

## Slutfas/stödfas

När den enskildes målsättningar uppnåtts kan resurspersonerna finnas kvar en tid som stöd för att bibehålla de förändringar som skett. Förhoppningsvis har vård- och stödsamordningen lett till att nya kontakter upprättats där den enskilde kan få fortsatt stöd.



## Referenser och litteraturlista

*E-Arbetsbok Resursgrupps ACT (RACT)* © OPT – Västra Götalands regionen – Sahlgrenska universitetssjukhuset  
(<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su2896-224175190-236/native/e-Arbetsbok%20Resursgrupps%20pdfa-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/vardriktlinjer/psykiatri-och-psykisk-ohalsa/dokument-lankar/handbocker/case-management-handbok/>)

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  
<https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-avtal/socialtjanst-och-naraliggande-halso-och-sjukvard/sip-samordnad-individuell-plan/>

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

## 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. Integrerad Psykiatri är ett av de effektivaste behandlingsprogrammen för svårt psykiskt sjuka som vetenskapen idag känner till. Programmet är utformat så att den drabbade själv styr över sin behandling. Viktiga personer i patientens sociala nätverk deltar aktivt. Strategin i behandlingsprogrammet Integrerad Psykiatri är att förbättra patienternas och de närståendes förmåga att klara av stress och att lösa sjukdomsrelaterade och andra utmaningar.

#### 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.

#### Kognitiva svårigheter

Svårigheter att rikta sin uppmärksamhet, sina känslor och tankar mot en uppgift och att utestänga yttre störande faktorer. Det kan också innebära att man kan ha svårigheter att förstå tid, att kunna genomföra det man har planerat och tänkt, kunna föreställa sig saker man inte har upplevt samt veta när och hur något bör göras.

#### 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)

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. SIP syftar till att skapa delaktighet och trygghet för individen. Den ska utgå från vad som är viktigt för individen och vara individens plan. I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att erbjuda SIP.

## 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.

## 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.

## God och nära vård

God och nära vård kan beskrivas som ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.

## Regional utvecklingsgrupp God och Nära Vård (RUG)

Gruppen består av kommunernas förvaltningschefer inom socialtjänst/vård- och omsorg samt biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland. Gruppens uppdrag är att driva och utveckla samverkan för en omställning mot God och Nära Vård med patienten i fokus.

## Nationella Riktlinjer

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för hur olika sjukdomar kan förebyggas, utredas och behandlas. Målet är att ge en god och jämlik vård och omsorg.



## Vård- och insatsprogram

Genom nationella vård- och insatsprogram (VIP) tillgängliggörs den samlade kunskapen om insatser enligt evidens och beprövad erfarenhet för berörda verksamheter, professioner och chefer. Sveriges kommuner och regioner har i samverkan tagit fram fem nationella vård- och insatsprogram; Schizofreni, Självskadebeteende, Depression och ångestsyndrom, Missbruk och beroende samt Adhd.

## Trygg och effektiv utskrivning

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.



## Arbetsblad integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning i Halland



### Följande arbetsblad ingår i detta dokument:

Information till dig som erbjuds vård- och stödsamordning i  
Samtycke till samverkan och informationsutbyte  
Checklista  
Kontaktuppgifter  
Intervju  
En vanlig dag  
QLS-100  
Livslinjen  
Nätverkskarta/Sociogram  
Närståendeintervju  
Målformulering  
Kallelse till resursgruppsmöte/samordnad individuell plan (SIP)  
Informationsblad om vård- och stödsamordning  
Handlingsplan vid 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 psykossjukdom.
- 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 samtycke:

Samtycket gäller under min pågående vård- och stödsamordning. Dock längst ett år.

Personens namn:

Personens personnummer:

Medgivandet omfattar:		Ansvarig person och verksamhet	
Socialtjänst	<input type="checkbox"/>		
Hälso-och sjukvård	<input type="checkbox"/>		
Skola	<input type="checkbox"/>		
Arbetsförmedling	<input type="checkbox"/>		
Försäkringskassa	<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 telefonnummer):



## CHECKLISTA

NAMN:

TELEFON:

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



20. Vad anser du om den behandling du fått? Vad har varit bra? Vad har varit dåligt?
21. Tar du någon medicin? Vad heter den? Vilken dos tar du?
22. Vilka fördelar ger din medicin?
23. Vilka nackdelar kan din medicin ge?
24. Hur ser du på framtiden? Hur har du det om 5 år?
25. Vilken insats vill du helst 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:

### **Aktiviteter:**

Vad brukar du göra en vanlig dag? (Beskriv från när du kliver upp till du går och lägger dig)

Är det något du gör idag som du vill göra längre stunder eller oftare?

Finns det något du inte gör idag men som du skulle vilja göra?

Vad hindrar dig från att göra det du vill?





## Platser:

Var brukar du vara på dagarna?

Finns det någon plats du är på idag som du skulle vilja besöka längre stunder eller oftare?

Finns det någon plats du inte är på idag som du skulle vilja besöka?

Vad hindrar dig från att besöka de platser där du vill vara?



## Personer:

Vem brukar du vara tillsammans med på dagarna?

Finns det någon du vill träffa oftare?

Finns det någon du vill träffa mindre ofta?

Vad hindrar dig att träffa dem du vill?



QLS – 100

Ringa in eller stryk över med färgpenna det som är *OTILLFREDSSTÄLLANDE* i ditt liv just nu.

Ex.

Bostad

Bostadens storlek

Ljus

---

Bostad

Bostadens storlek

Ljus

Ljud

Värme

Varmvatten

Dricksvatten

Kök

Toalett

Bad / dusch

Bostadens utseende

Lugn och ro

Avskildhet

Materiellt våld

Hushåll och personlig omvårdnad

Inköp

Kost och matvanor

Hygien

Kläder

Tvätt

Städning

Sopor

Boendemiljö

Miljöföroreningar

Grannar

Diskriminering

Trygghet

Gång- och cykelvägar

Gator

Gatubeslysning



## Offentlig service

Offentliga färdmedel

Post

Telefon

Banker

Affärer

Digitala tjänster

Digitalt våld

## Kunskap och utbildning

Förstår svenska

Tillgång till tidskrifter

Tillgång till böcker

Grundskola

Högre utbildning

Yrkesutbildning

## Kontakter

Kontakter mor / far

Kontakt med partner

Kontakt med barn

Kontakt med övrig släkt

Kontakt med vänner av samma kön

Kontakt med vänner av motsatt kön

Sexuell kontakt

Kontakt med arbetskamrater

Kontakt med personal

## Behov av

Behöva bo med andra

Behöva hjälp

Behöva hjälp sköta pengar

## Ekonomi

Besparingar

Bidrag

Skulder

Inkomst av arbete

Ekonomiskt våld

## Inre upplevelser

Inre harmoni

Glädje över livet

Kunna uppnå livsmål

Känna sig behövd  
Känsla av identitet  
Självförelit

Frihet

Uppleva kärlek

Bli förstådd av andra

Kunna njuta

## Religion

Kyrkliga aktiviteter

Religiösa upplevelser



## Psykisk hälsa

Sömn  
Psykiatrisk vård  
Psykoterapi  
Medicinbehandling  
Psykiskt våld  
Sexuellt våld

## Fysisk hälsa

Kroppens mående  
Tandhälsa  
Vikt  
Sjukvårdskontakter  
Fysiskt våld

## Alkohol/droger eller annan typ av beroende

Mitt beroende  
Andras beroende

**Ytterligare något otillfredsställande? Skriv det här:**

## Fritid

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



## LIVSLINJEN

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

Var du bodde och med vem när du föddes. Hur många syskon du hade och hur 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

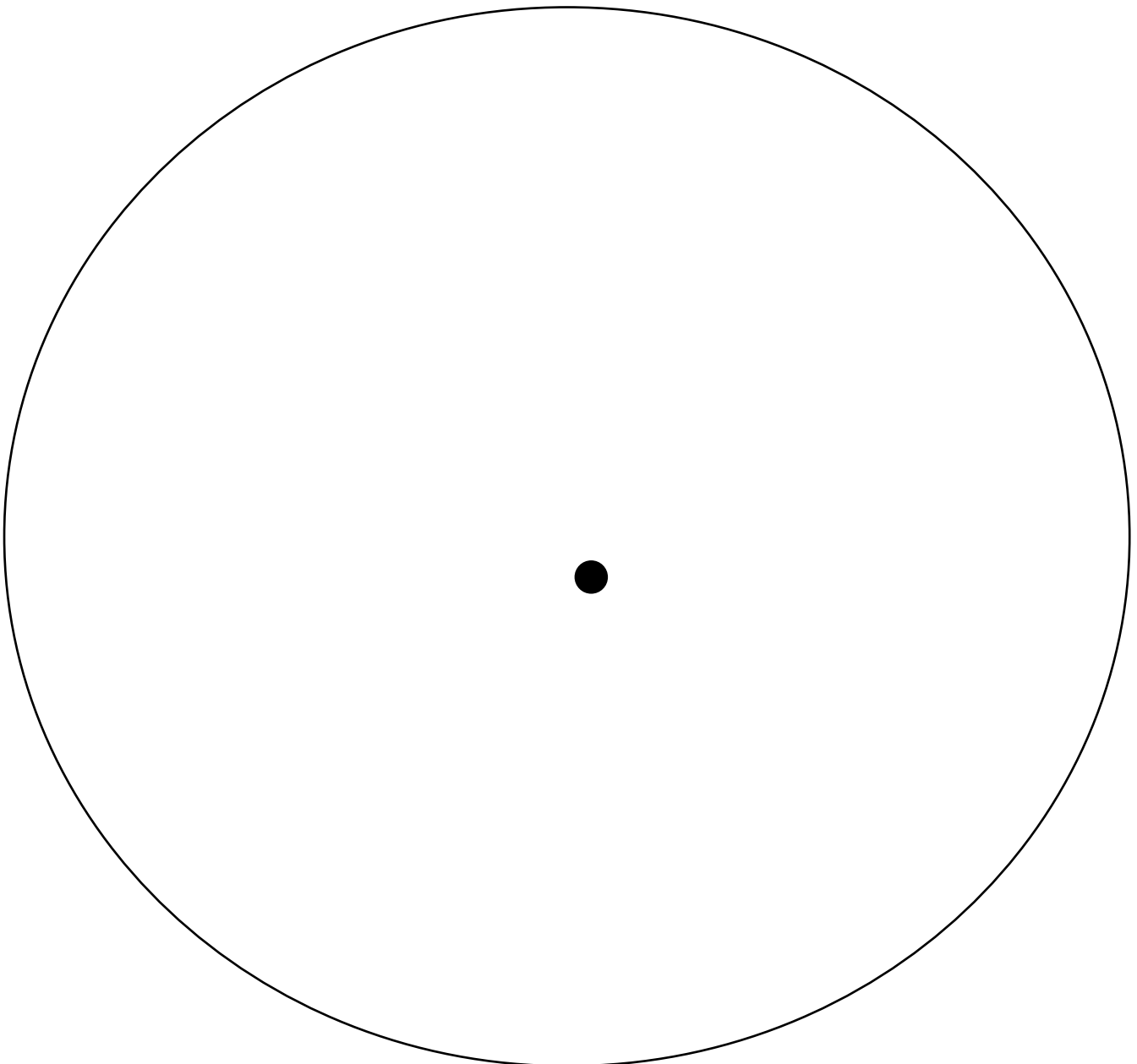
Annat



## NÄTVERKSKARTA/SOCIAGRAM

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

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





## NÄRSTÅENDEINTERVJU

*Förslag på 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 prata med och få stöd?
- Vilket stöd behöver du av oss?

### **Vilken diagnos har din närstående (den enskilde)?**

- Vet du hur du ska förhålla dig för att hjälpa honom/henne att klara symtom/biverkningar/svårigheter bättre?
- Vad vet du om denna diagnos? Behöver du få 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 anhörigutbildning eller cirkel?
- Tror du som anhörig att han/hon har tillräckligt med kunskaper?

### **Känner du till hans/hennes tidigare 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 blir 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 talar/kommunicerar du med honom/henne?**

Följande saker är vanliga hos anhöriga till personer med psykisk ohälsa:

- 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?**

- Löser du och han/hon svårigheter tillsammans?
- Kan ni prata om hans/hennes svårigheter/problem?
- 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 sina 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 av sig själv för dig? Eller om du frågar?

### **Vet du hur din närståendes (den enskilde) 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 positiva (glädje) och negativa (ilska, irritation)?
- Ber ni varandra om saker på ett positivt sätt?
- Gör ni kompromisser?

### **Hur tror du hans/hennes sjukdom kommer utvecklas?**

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

### **Känner du som anhörig någon skuld?**

### **Känner du som anhörig någon skam?**

### **Kan du vara arg/irriterad på honom/henne?**

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

### **Hur är din börda som anhörig (0 = ingen, 3 = svår)?**

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

### **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?**



## MÅLFÖRMULERING

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

**Tankar om förändring**

**Fördelar**

**Nackdelar**

--	--	--

**Långsiktiga mål**

**Vid flera långsiktiga mål – rangordna vilka som är viktigast att börja med.**

--



## KALLELSE TILL RESURSGRUPPSMÖTE/SAMORDNAD INDIVIDUELL PLANERING (SIP)

### Samordningen gäller:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:

### Syfte med mötet:

### Information om 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 sammankallande inom en vecka efter mottagen kallelse och meddela innan mötet, vem som kommer 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 enskildes problem för att kunna ge ett samlat och 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 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 den enskilde 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 har gjort med den enskilde inför att du har blivit kallad.
- Blir du kontaktad av en vård- och stödsamordnare, ta tillfälle i akt och ta del av kartläggningmaterialet som finns. Vård- och stödsamordnaren arbetar med olika bedömningsinstrument och dokument (som QSL100, 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 hämtas för SIP kan hämtas på [www.regionhalland.se](http://www.regionhalland.se) och lokalt kan även formuläret/blanketten finnas tillgänglig i det interna verksamhetssystemet, exempelvis Lifecare.



## HANDLINGSPLAN VID TIDIGA TECKEN

Patienten/brukarens namn:	Personnummer:	Datum:
---------------------------	---------------	--------

Vad händer om jag blir försämrad (ex. om du varit inlagd på sjukhus, vad hände innan dess):

--

Mina tidiga varningstecken är, ex. det finns risk att jag kan få symtom på:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Om något varningstecken uppkommer ska jag:

1.
2.
3.

Min vård- och stödsamordnare heter:

Telefon:



Om någon av mina resurspersoner upptäcker att jag uppvisar tidiga varningstecken, vad kan de göra då:

--

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

Namn:	Telefonnummer:

Godkännande av handlingsplanen vid tidiga tecken:

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



## STÖDFRÅGOR VID UPPRÄTTANDE AV HANDLINGSPLAN TIDIGA TECKEN

- Har du förlorat intresset för att göra saker?
- Tappar du intresset för saker som du tidigare tyckte varit roligt?
- Har du svårt att koncentrerar dig eller känner du dig störd i dina tankar?
- Kan du läsa, titta på TV, använda dator, lyssna på musik mm med samma koncentration som tidigare?
- Har du haft mindre kontakt med dina vänner eller familj?
- 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?
- Sover du mer eller mindre än vanligt?
- Har du känt dit spänd, orolig eller nervös?
- Har dina matvanor blivit förändrade? Äter du mer eller mindre än tidigare?
- Har du svårt att hålla sams med familj, vänner eller andra personer?
- Har du svårare att delta i grupp eller tillsammans med många människor?
- Har du funderat på att skada dig själv eller någon annan?
- Dricker du alkohol eller röker? Gör du det mer än vanligt?
- Har du tyckt eller tycker att omgivningen är konstig, främmande eller ovanlig?
- Har din familj, vänner eller någon annan påpekat att du har förändrats?





## PROBLEMLÖSNING MED 6-STEGSMETODEN

**Att lösa problem och uppnå mål:**

### **1. Vad är problemet och målet? Klargör exakt!**

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

### **2. Lista alla möjliga lösningar.**

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

### **3. Lyft kort fram de största för- och nackdelarna.**

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



#### **4. Välj den bästa praktiska lösningen.**

Välj en lösning som kan genomföras bäst med de resurser (kunskap, tid, material, pengar) som vi har just nu.

#### **5. Planera exakt hur lösningen ska genomföras.**

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

#### **6. Följ upp framsteg och hur det har 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 uppnåtts. Ändra planen. Försök någon annan lösning. Håll på tills vårt mål ha uppnåtts.



## UPPFÖLJNING INDIVIDNIVÅ/MIN DELAKTIGHET

Namn och datum:

*Svara på frågorna nedan. Sätt även kryss på skalan för vad som stämmer bäst överens med din uppfattning/upplevelse.*

Vilka är med i din resursgrupp?

Har du själv fått välja vilka som ska ingå i resursgruppen? Sätt kryss på skalan nedan.

Instämmer inte alls

Instämmer helt



Vilka är dina mål i den samordnade individuella planen?

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

Instämmer inte alls

Instämmer helt





Är du överens med din vård- och stödsamordnare om dina personliga mål?

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1 2 3 4 5 6

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

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1 2 3 4 5 6

Vilka är dina tidiga tecken?

Har du själv fått bestämma vad *du* ska göra om du får några tidiga tecken?

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1 2 3 4 5 6

Ev. kommentarer:

Har du fått bestämma vad *andra* ska göra om du får några tidiga tecken?

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1 2 3 4 5 6

Ev. kommentarer: