

Case Management & resursgruppsarbete

(Tidigare titel: Resursgrupps- och familjestöd, RFS)

Version 3



Nisse Berglund, Per Borell

Manualen får kopieras fritt, men inte säljas eller användas inom kommersiell verksamhet. Den som önskar använda manualen vid utbildningar eller annan verksamhet måste först kontakta Nisse Berglund eller Per Borell för tillstånd.

Copyright: Nisse Berglund, Per Borell, Varberg o Värnamo 2013

Förord

Den ursprungliga grunden till denna manual är en arbetsbok av Ian Falloon, Kim Meuser, Susan Gingerich, Susan Rappaport, Christine McGill och Victor Hole: Behavior Family Therapy, A Workbook. 1988. Arbetsboken summerade författarnas erfarenheter och forskning kring familjestöd vid schizofreni samt arbetet vid Ian Falloon's psykiatriska mottagning i Buckingham, England. Huvuddelen av arbetet vid mottagningen styrdes av manualen, som översattes till svenska av Per Borell 1992.

Efter erfarenheter från den av professor Ulf Malm ledda OTP-studien i Göteborg omarbetades manualen av Nisse Berglund, Per Borell samt Lars Kärräng år 2000. Ändringarna var många, men den viktigaste var att införa Ulf Malms begrepp RESURSGRUPP. Detta vidgar ursprungsmanualens familj till att omfatta brukaren, närstående samt personal. Även om brukaren är i centrum i resursgruppen är syftet att ge ömsesidigt stöd till alla deltagare.

Den nu föreliggande upplagan har gjorts av Nisse Berglund och Per Borell. Vårt deltagande i den arbetsgrupp som under Ulf Malm's ledning leder den fortsatta utvecklingen av metoden har naturligtvis varit viktigt. Gruppen har producerat ett antal texter samt den omfattande manualen IP-e-arbetsboken. Den som önskar skaffa e-arbetsboken kan kontakta Nisse Berglund eller Per Borell.

Sättet att organisera arbetet inom kommun och landsting utifrån manualens principer kallas Integrerad Psykiatri (IP). Manualen tar upp en del av innehållet i verksamheten, men däremot inte den organisatoriska ramen. Bäst lär man sig detta genom att delta i någon av de utbildningar som anordnas. Kontakta författarna för information.

En manual beskriver kortfattat metodiken samt ibland även en del av innehållet i ett antal strategier. Manualen tar inte upp bakgrund och forskning kring metoden. För att förstå varför innehållet ser ut som det gör rekommenderar att du kompletterar manualen med följande böcker:

Ian Falloon, Gráinne Fadden, Per Borell, Lars Kärräng, Bo Ivarsson, Ulf Malm: Integrerad Psy-

kiatri (1997). Du kan hämta den gratis på hemsidan: home.swipnet.se/skills Boken har ett antal år på nacken men de grundläggande strategierna är i stort sett de samma..

Ulf Malm. Integrerad Psykiatri Guiden. (2009) Enkel och kortfattad beskrivning av aktuella tillämpningar av resursgruppsarbete. Boken kan förmedlas av manualens författare.

Manualen beskriver inte de psykiska funktionsnedsättningarna. Vi förutsätter att du som arbetar med manualen har god kännedom om dessa och också inser vikten av att sprida denna kunskap till brukare, resursgrupp samt andra som möter brukaren. Om du är osäker på din kunskap så läs boken Lundin (med flera): Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar (2012)

Vi har valt att konsekvent använda oss av följande benämningar i texten; brukare, resursgrupp, närstående och Case Manager (i fortsättningen kallad CM). På olika håll i landet använder man olika begrepp för liknande funktion såsom vård- och stödsamordnare, samordnare etc. Vi kommer även i vissa delar att använda begreppet familj. Med familj menar vi de närstående som bor tillsammans eller har bott tillsammans alternativt växt upp tillsammans med brukaren.

För frågor kring manualen samt förslag till ändringar och förbättringar kontakta Per Borell, mail: per.borell@tele2.se eller Nisse Berglund, mail: 91berglund@telia.com

Mer material kring Integrerad Psykiatri och manualen publiceras på hemsidan <http://home.swipnet.se/skills>

Innehåll

| | |
|--|----|
| Case Management och resursgruppsarbete | 5 |
| Inledning..... | 5 |
| Sammanfattning: Case Management och resursgruppsarbete | 5 |
| Att börja arbetet..... | 6 |
| En eller flera CM? | 7 |
| Att skapa allians | 8 |
| Delat beslutsfattande..... | 8 |
| Att övervinna motstånd..... | 9 |
| Att skapa ett gott samarbetsklimat..... | 9 |
| Utredning | 12 |
| Kartläggning av nätverket..... | 12 |
| Individuell intervju med brukaren | 12 |
| Arbetsblad: Sociogram/nätverksanalys..... | 13 |
| Arbetsblad: Intervju med brukare | 14 |
| Individuell intervju med alla deltagare i resursgruppen | 15 |
| Familiens känslöklimat/ Expressed Emotion..... | 15 |
| Arbetsblad: Individuell intervju med närstående: | 17 |
| Arbetsblad: Närstående och resursgruppsbörd | 19 |
| Social funktion | 20 |
| Kartläggning av en vanlig dag..... | 20 |
| Arbetsblad: En vanlig dag | 21 |
| Fortsatt analys och utredning..... | 22 |
| Sammanfattning av utredningen | 22 |
| Att sätta mål | 22 |
| Resursgruppsarbete..... | 23 |
| Arbetsblad: Plan för personlig utveckling | 24 |
| Arbetsblad: Resursgruppens mål..... | 26 |
| Resursgruppsmötets innehåll..... | 27 |
| Resursgrupps- eller närståendemöte utan CM | 27 |
| Resursgruppsmöten/närståendemöten utan CM | 28 |
| Utvärdering av arbetet/mätning av effekt | 28 |
| Kontinuerlig skattning | 28 |
| Arbetsblad: Kontinuerlig skattning | 29 |
| Skattning av livskvalitet..... | 30 |
| Resursgruppens uppmärksamhet på positiva förändringar..... | 30 |
| Arbetsblad: Livskvalitet: | 31 |
| Arbetsblad: TASP - P (Therapeutic Alliance Scale for Psychosis - patient)..... | 32 |
| Utbildning av närstående och resursgrupp | 33 |
| Psykopedagogisk undervisning..... | 33 |
| Psykopedagogisk Intervention..... | 35 |
| Tidiga varningstecken | 35 |
| Kontinuerligt arbete med tidiga varningstecken | 36 |
| Vad kan man göra vid hotande återfall?..... | 36 |
| Arbetsblad: Tidiga varningstecken | 38 |

| | |
|--|----|
| Hembaserad krisintervention..... | 39 |
| Introduktion | 39 |
| Metodik vid hembaserad krisintervention | 39 |
| Arbetsblad: Handlingsplan/krisplan | 41 |
| Stresshantering..... | 43 |
| Grunder i stresshantering..... | 43 |
| Arbetsblad: STRESSHANTERING | 45 |
| Kommunikationsträning | 46 |
| Introduktion | 46 |
| Mål och syfte | 46 |
| Kommunikationsträningens moment..... | 46 |
| Beskrivning av de olika momenten: | 47 |
| Arbetsblad: Att visa uppskattning..... | 50 |
| Arbetsblad: Att be om något på ett positivt sätt | 51 |
| Arbetsblad: Att uttrycka negativa känslor | 52 |
| Arbetsblad: Att lyssna aktivt | 53 |
| Arbetsblad: Att göra en kompromiss..... | 54 |
| Arbetsblad: Vem gör något du tycker om? | 55 |
| Arbetsblad: Be om något på ett positivt sätt! | 56 |
| Arbetsblad : Aktivt Lyssnade..... | 57 |
| Nå mål och lösa problem..... | 58 |
| Metodik vid arbete med mål och problemlösning..... | 58 |
| Arbetsblad: Nå mål och lös problem..... | 61 |
| Arbetsblad: Kontroll av planering..... | 62 |
| Färdighetsträning | 63 |
| Tankar och känslor | 65 |
| Brukarens känslor, tankar och reaktioner..... | 65 |
| Närståendes känslor, tankar och reaktioner | 66 |
| Strategier för specifika problem | 67 |
| Aktivitetsplanering | 67 |
| Avslappning | 67 |
| Hemuppgifter | 68 |
| Kognitiv hållning | 68 |
| Att sätta gränser | 68 |
| Specifika insatser..... | 69 |
| Kognitiv beteendeterapi | 69 |
| Tvångsbesvär | 69 |
| Medicinering | 69 |
| Samsjuklighet med missbruk | 70 |
| Relationsproblem | 70 |
| Sjukdomshantering och återhämtning - IMR (Illness Management and Recovery) | 70 |
| Psykologisk terapi - kognitiv träning (IPT-k)..... | 70 |
| Ett självständigt liv (ESL)..... | 71 |
| Referenser | 72 |

Case Management och resursgruppsarbete

Inledning

Case Management och resursgruppsarbete är en integrerad arbetsmetod för personer som arbetar inom såväl kommunal psykiatrisk vård som sjukvård, främst specialistpsykiatri. Idag är det vanligt med medarbetare från flera olika huvudmän som träffar samma brukare, och då är det av yttersta vikt att samtliga samverkar. Det kan, förutom de närstående, socialtjänst, kommunal psykiatri och specialistpsykiatri även handla om t ex primärvård, arbetsförmedling och försäkringskassa med flera.

Brukaren som erbjuds en CM är en person med ett stort vårdbehov och oftast flera funktionsnedsättningar inom olika områden, oavsett diagnos.

Brukaren är centrum i arbetet. Runt brukaren bildas en resursgrupp, där närstående, vänner och professionella medarbetare från olika huvudmän ingår. Syftet med resursgruppen är att skapa ett integrerat stödjande nätverk kring brukaren. Att höja livskvaliteten för brukare och närstående, samt att ge bra redskap och underlätta arbetet för personalen är andra syften.

Ett viktigt antagande är att vår viktigaste naturliga resurs, för att klara av att minimera stress och skapa ett bra liv finns hos brukaren och bland de personer som vi lever nära och träffar ofta. Därför arbetar vi mycket med den känslomässiga kommunikationen mellan samtliga i resursgruppen. Det viktiga är inte alltid att klarlägga orsaken till att något inte fungerar, utan målet är att förse var och en med strategier och kunskap att lösa detta på egen hand. Psykopedagogiska åtgärder, så som att ge information till brukare och deras anhöriga, träning av sociala färdigheter och gemensamma träffar med närstående rekommenderas i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Integrerad Psykiatri, Case Management och resursgruppsarbete bygger på samma teorier och denna manual erbjuder en handgriplig och enkel arbetsmetod som man kan följa från behandlingens start. Från den allra första enskilda intervjun och framåt finns dessutom förslag på arbetsblad som man med fördel kan använda. Allt behöver inte användas i samtliga resursgrupper, men allt

stödjer arbetet genom hela processen.

Tanken är att samtliga medarbetare, med olika grundprofessioner eller kompetenser, efter en kort utbildning, samt med metodhandledning, åtminstone till att börja med, ska kunna arbeta enligt denna metod. Exempel på yrkesgrupper är boendestödjare, biståndshandläggare, skötare, sjuksköterska, socionom, arbetsterapeut eller läkare.

Arbetet och stödet följs noga från möte till möte. Varje del diskuteras i resursgruppen, och inriktning kan kompletteras eller ändras efter dessa diskussioner. Uppföljning av samtliga insatser är därför A och O i arbetet som CM.

Avsnitten ligger i den ordning som de, enligt utvärderingar, är enklast att genomföra och följa. Ibland kan det dock vara nödvändigt att kasta om ordningen. När det till exempel är en person som mår mycket dåligt och behöver dagligt stöd, kanske det är naturligt att börja med krisinterventionen istället. Att upprätta en handlingsplan är då centralt och skapar nästan alltid trygghet. Det är också så att Case Management och resursgruppsarbete ofta är mest motiverande att börja med direkt när en person till exempel skrivs in för psykiatrisk heldygnsvård. Motivation är hos de flesta brukare och närstående högre i kris än annars.

Sammanfattning: Case Management och resursgruppsarbete

Detta är en samarbetsmetod där samtliga inblandade ska stödja varandra för att minska besvären hos brukaren och öka livskvaliteten för brukare och närstående.

Övergripande mål för alla i resursgruppen:

- Att underlätta stöd och behandlingen genom att samtliga i resursgruppen ger varandra all nödvändig information, arbetar med problemlösning och att nå mål, samt har ett tydligt sätt att tala med varandra.

- Att stödja varandra i resursgruppen, såväl de privata som de professionella.
- Samtliga ska förbättra sin livskvalitet. Arbets sättet betonar situationer ur det vardagliga livet och belyser vardagliga kontakter mellan de som deltar.

CM ska:

- Tillsammans med de övriga i resursgruppen lyfta starka och mindre starka sidor som handlar om hur vi hanterar problem och belastningar.
- Lära ut strategier som kan bidra till utveckling av nuvarande kunskaper och erfarenheter för att klara svårigheter och oklarheter.
- Förklara att vår kontakt och all behandling bygger på ökad kunskap men också träning av ny förmåga.
- Hålla på tystnadsplikt och sekretess. Och då självklart följa lagstiftningen. Samtidigt vill vi uppnå maximal öppenhet. Inget vi talar om och berör är hemligt för någon annan. Samtliga får gärna läsa och ta del av manualen.

De delar som ingår i arbetet med Case Management och resursgrupp är i korthet:

- Enskilda intervjuer och analyser. CM kommer att träffa var och en enskilt och därefter samtliga tillsammans.
- Målformulering. Samtliga som vill sätter upp mål som vi hjälps åt att nå.
- Undervisning och information. Samtliga ska få så mycket kunskap som möjligt om tillståndet, funktionsnivån och eventuell diagnos. Alla ska även få möjlighet att ge information till de övriga i gruppen.
- Kommunikationsfärdigheter. Vi lär oss att tala på ett öppet och konfliktreducerande sätt.
- Problemlösning. Vi använder oss av och lär ut en speciell metod för att lösa alla tänkbara problem.
- Hjälpa till med tankar och känslor. Med dem som så önskar diskuterar vi egna tankar och känslor, som kan styra våra liv i vardagen. CM kan förmedla fortsatt kontakt med behandlare om så önskas.
- Färdighetsträning. Genom övningar ökas den dagliga funktionen och livskvaliteten.

- Specifika problem. Ibland krävs att vi använder oss av andra specifika metoder med gott forskningsstöd för att få ett bättre resultat. Det kan till exempel handla om symtom, medicinering eller motiverande samtal.

Att börja arbetet

Centralt i arbetet är från start att brukaren så långt det är möjligt själv bestämmer. Som exempel kan nämnas vilka som ska ingå i resursgruppen och hur ofta man ska träffas. Viktigt är också att tidigt engagera alla viktiga personer som bör ingå. De som deltar ska vara aktivt engagerade, vilket t ex innebär att vi professionella måste ge gott om utrymme och plats, inte bara till brukaren, utan även till närstående. Att skapa en välfungerande resursgrupp kan ta tid, ibland upp till något år. Det måste kännas bra för brukaren.

Tips som kan underlätta i arbetet med:

Brukaren:

- Var tydlig, kom ihåg att de flesta brukare har kognitiva funktionsnedsättningar.
- Diskutera frågan i rätt miljö. Tryck inte på, låt samtalet ta tid.
- Bygg din personliga arbetsallians. Det kan ta tid.
- Viktigt är just det personliga engagemanget för personen.
- Våga gå över gränsen för vad som är vård eller stöd, intressera dig för personliga detaljer och upplevelser.
- Ha tålmod och kasta inte tillbaka din besvikelse på brukaren.
- Använd egen god social förmåga. Falloons steg för positiv begäran kan vara bra (se arbetsblad). Se på personen. Säg exakt vad du vill. Säg hur det skulle få dig att känna dig. Det är tillåtet att tala om egna känslor. ”Jag skulle bli glad om du ville pröva”. Är detta inte sant är det inte brukarens problem, utan mer en fråga om du verkligen skall vara CM.
- Ta tid att förklara och ge goda skäl till varför en resursgrupp behövs. Exempel: ”Allas vår livskvalitet beror i hög utsträckning på hur vi har det med de personer som står oss nära. Kan vi

lösa konflikter. minska påfrestningar och öka glädjande aktiviteter så ökar chansen att alla mår bättre. Dessutom kan ni ge varandra information och stöd. Du kan också lära dem vad de skall göra och inte göra för att du skall må bra. Det har visat sig att möjligheten för att klara psykiska besvär ökar, om man samarbetar med andra viktiga personer. Resultatet blir faktiskt dubbelt så bra.”

- Beskriv rimliga positiva resultat för en viss person.
- Berätta vad resursgruppsarbete INTE är (skäl på varandra, gå till botten med någons personliga svårigheter, göra upp, trycka på för att tvinga fram förändring).
- Gör en bra målformulering eller fokusera på något mål brukaren redan har.
- Visa på hur en resursgrupp kan vara till nytta.
- Ta reda på brukarens anledningar till motstånd. Utgå från att brukaren har goda skäl till sin tvekan.
- Beskriv hur du och brukaren tillsammans kan hjälpas åt med att hantera besvärliga (aggressiva, krävande och/eller påtryckande) deltagare i gruppen.
- Börja med en avgränsad insats tillsammans med någon enda i resursgruppen.
- Håll hårt på brukarens integritet.
- Betona skillnader mellan detta arbetssätt och andra som brukaren varit med om.
- En inledande avgränsad insats brukar vara en god strategi, även när alla är positiva till samarbete. Lämplig början kan vara en kort information eller ett samtal om tidiga varningstecken på återfall. Man måste alltså inte ta metodens moment i ordning, även om det ofta kan vara en fördel. För en enskild resursgrupp kan det vara betydligt bättre att börja där alla är mest motiverade eller där behovet är som störst.

Närstående:

- Utgå från att de som är tveksamma har goda skäl till det. Tyvärr är det ibland deras tidigare erfarenheter av liknande åtgärder som avskräcker.
- Betona att vårt sätt att arbeta skiljer sig från vanlig familjeterapi.
- Ta med närstående så tidigt som möjligt.

- Dämpa skuld känslor och förväntansångest.
- Visa tydligt att du är intresserad av närståendes svårigheter och dagliga liv.
- Visa intresse för det som fungerar (allt bra som brukare och närstående gjort).
- Betona att vi inte kan klara en god vård utan närstående.
- Var självkritisk, Försvara aldrig vården, utan be om hjälp, ”Hur kan vi bli bättre?”.
- Utnyttja kriser.
- Skapa personlig kontakt.
- Gör hembesök.
- Våga gå över gränser och gör saker som inte är vård eller stöd.
- Var långsiktig, ha tålmod.
- Börja arbeta med en del, till exempel tidiga tecken.
- Se resursgruppsarbete som något självklart för alla.
- Känner närstående att bara svåra och besvärliga närstående engageras, är det stor risk att de inte vill vara med.
- Dela ut en broschyr som betonar anhörigstöd.
- Börja med anhörigcirkel.

En eller flera CM?

Under 2000-talet har det visat sig att en framgångsrik modell är att ha en CM från den kommunala psykiatrin, samt en från specialistpsykiatrins öppenvårdsmottagning. Det finns dock exempel där en person med framgång är ensam CM och tillsammans med brukaren styr hela arbetet. Det viktiga är hela tiden att samtliga huvudmän är representerade i resursgruppen. Ibland behöver dessutom enskilda närstående med extra belastning en egen samtalskontakt. Ibland är det nödvändigt att detta sker inom resursgruppen, men oftast är det enklast t ex med en kontakt inom t ex primärvården.

Vidare är det vanligt att en av CM är huvudansvarig. Vanligast är att det i början, när det kan var extra svårt eller i samband med en kris, är en person från specialistpsykiatrin som är huvudansvarig för arbetet tillsammans med brukaren. När tillståndet börjar normalisera sig och inte är lika

akut, är det vanligt att kommunens kontaktperson tar över som huvudkontaktperson. Hela tiden finns dock den andra kontaktpersonen som "back up".

Dessutom betonar vi handledning för samtlig personal som arbetar som CM och med resursgruppsarbete. Gärna såväl metodhandledning (främst initialt) som processhandledning.

Att skapa allians

Oavsett vilka metoder man tillämpar när man träffar personer med psykiska funktionsnedsättningar, så måste kontakten mellan brukare och samtliga i resursgruppen bygga på ömsesidig respekt och ett förtroende. Att lita på varandra. Samma sak gäller för närstående.

Några viktiga saker att poängtera är då att det ofta tar tid att bygga upp ett förtroende. De flesta av oss litar kanske inte direkt på en person vi aldrig träffat tidigare. I alla fall inte om det handlar om att utelämnas sig själv i den andres händer, som det kan göra när det rör sig om psykiska funktionsnedsättningar. Vi måste låta detta ta tid, när det behövs.

En bra CM visar ett genuint personligt intresse för brukaren som person och de personliga saker som han blir presenterade. Det är ofta en ansträngning, kanske till och med jobbigt, för brukaren att tala om dessa saker, och då förväntar man sig ett ärligt intresse från CM's sida. Detta är definitivt förtroendeskapande.

Vidare är det väsentligt att CM är uthållig redan från början. Att inte förmedla att detta är omöjligt eller svårt, utan att presentera nya förslag till lösningar på även de svåraste problemen som brukaren tar upp. Ge aldrig upp. Om du som CM inte klarar av detta ska du kanske vara ärlig mot dig själv och mot brukaren och föreslå byte av CM.

Många erfarna medarbetare säger att det viktigaste är att vara goda lyssnare. I dagens psykiatri, i såväl landsting som kommun, har vi ofta sämre med tid, och vi kan då få höra av våra brukare att vi är dåliga på att lyssna och har för bråttom, och istället föreslår vi direkt sätt att lösa problemen på. Vad som då händer kan vara att vi kan missa hela kärnan i det som brukaren eller närstående vill ha hjälp med. Var noga med att verkligen förstå vad det handlar om. Lyssna!

För att skapa en god allians krävs att vi är följsamma och alltid ser till att brukare och närstående är de som i sista hand bestämmer. Kör aldrig över dem och dra igång interventioner som de inte vill eller inte förstår vad de innebär. Förklara noga och låt dem själva bestämma.

Kan man känna äkta empati och ha en genuin förståelse för brukare och närstående och deras situation är det definitivt alliansskapande. Har du svårt att känna detta, kanske det är bättre att någon annan tar över arbetet. Men ge aldrig upp, även empati och förståelse kan ta tid.

Till sist kanske det allra viktigaste, att skapa en känsla av delaktighet och respekt. Att du som CM inte är en bättre människa eller kan och vet allting. Brukare, närstående och CM bör vara på samma nivå, som jämlika personer. Samtidigt ska du förmedla en trygghet genom att veta vad ni har att erbjuda i en situation som kanske är kaotisk och mycket jobbig för såväl brukare som närstående.

Att skapa en förtroendefull relation är självklart högst individuellt. I några fall tar det längre tid, i de flesta går det relativt snabbt, kanske ett par månader. Träffas ni tätare går det ibland snabbare. Men ofta går detta inte att forcera eller stressa fram.

Delat beslutsfattande

All planering kring vård och stöd insatser skall grunda sig i brukarens och CM's gemensamma beslut eller gemensamma beslut i resursgruppen. Därmed har brukaren ett eget ansvar för sin vård och stödplanering. I ett delat beslut är de som ingår i beslutsprocessen jämbördiga. Ingen kunskap står över någon annans. Ingen har rätt att besluta över någons huvud. Brukarens delaktighet i beslutsprocessen är det delade beslutsfattandes grundförutsättning. Att använda sig av en modell för delat beslutsfattande för att göra brukaren delaktig i beslut kring vård och stöd rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

En beslutsprocess enligt modellen för delat beslutsfattande innefattar några grundläggande huvudprinciper. Dessa är, att samtliga parter skall vara aktiva, att de skall dela samma information kring alternativ och att dessa alternativs

för- och nackdelar skall klargöras och diskuteras, för att parterna sedan skall fatta ett gemensamt beslut. Beslutsprocessen innefattar flera steg som behöver gås igenom. Det kan variera hur många möten det krävs för att ett delat beslut skall komma tillstånd.

Först och främst behöver man uppmärksamma att ett beslut behöver göras. I ett andra steg skall CM stödja brukaren i att beskriva och tydliggöra sina behov, problem och önskemål varterfter CM och brukaren eller samtliga parter delar information kring olika alternativ. Det är i denna fas viktigt att CM inte bara ger information om olika alternativ utan att även brukaren delar med sig av sin expertkunskap det vill säga sin upplevelse av att leva med sin psykiska sjukdom och sina tankar, värderingar och önskemål kring behandling. Där resursgruppen är involverade i beslutsprocessen skall samtliga deltagare bidra med sina erfarenheter och önskemål. Informationen måste delas för att beslutet skall kunna delas. CM behöver även säkerställa att brukaren och deltagarna i resursgruppen har förstått den information som CM ger. Då många brukare har kognitiva funktionsnedsättningar är det viktigt att informationen som CM presenterar är välanpassad utifrån den enskilde brukarens förmåga att ta till sig kunskap. Information kring de olika behandlingsalternativens för- och nackdelar behöver sedan delas och klargöras varterfter en diskussion utifrån dessa förs. Ett gemensamt beslut fattas och CM säkerställer att samtliga i resursgruppen, eller CM och brukaren, samtycker till beslutet. En uppföljning planeras sedan utifrån beslutet.

Att övervinna motstånd

Detta är en kort manual i fem steg, som visat sig fungera mycket bra i kliniskt arbete när en brukare känner motstånd inför till exempel en behandling eller flera, eller till och med ett motstånd mot att över huvudtaget ha kontakt med medarbetare från socialtjänsten eller från psykiatrin. Fungerar även bra vid motstånd mot att ha med närstående i de flesta behandlingar eller stödsatser. Även motstånd mot att söka jobb, utbildning, att resa eller ta kontakt med någon annan person är ex-

empel på användningsområden. Varje steg åskådliggörs och exemplifieras med hjälp av förslag på frågor att ställa för att få igång en tankeverksamhet samt att på ett jordnära sätt starta en process som leder till en diskussion om motståndet och vad man istället kan göra.

Utgångspunkten måste dock hela tiden vara att brukaren över huvudtaget vill träffas för att diskutera vad motståndet består av. Utan att alls mötas är detta självklart mycket svårt eller till och med omöjligt.

Att skapa ett gott samarbetsklimat

Arbeta med öppna frågor och reflektivt lyssnande. CM lyssnar aktivt, argumenterar inte emot och skapar genom reflektivt lyssnande empati, kontakt och samarbetsklimat. Det viktiga är egentligen inte metoden, utan att skapa en motiverande samtalsanda. Enligt dessa kännetecknas den motiverande samtalsandan av:

1. Att CM har en samarbetande stil, vilket innebär respekt för brukarens idéer och en jämlikhet i relationen, vilket i sin tur bidrar till en atmosfär som främjar förändring.
2. Att CM betonar brukarens autonomi genom att bekräfta hans/hennes rätt till självbestämmande och kapacitet att ta ansvar.
3. Att CM stimulerar och framkallar de resurser som finns hos brukaren i form av motivation till förändring samt att övervinna motståndet. Motivationen ökas och motståndet bryts ned genom att stödja brukarens egna uppfattningar, mål och värderingar.

Fyra principer som kan vara vägledande för CM i samtalet med brukaren:

1. Uttryck empati, alltså att CM försöker förstå brukarens situation utifrån dennes känslor och perspektiv utan att föra in egna värderingar. Målet är att främja förändringsprat, det vill säga att brukaren själv spånar kring hur han/hon kan få till en varaktig förändring.
2. Utveckla diskrepans, alltså CM tydliggör

skillnaden mellan den tillvaro brukaren nu har och hur denne skulle vilja ha det, vilket i sin tur kan öka angelägenhetsgraden till förändring.

3. Reducera motstånd. Motstånd reduceras inte genom argument utan genom att man ser dem som normala utifrån brukarens situation. Om en strategi framkallar motstånd hos brukaren är det troligt att denne känner sig hotad. Därför rekommenderas istället att byta strategi till något som kan underlätta för brukaren att fundera på och formulera förändringspåståenden.
4. Stöd upplevelse av självkompetens. Att stödja individens känsla av självkompetens och tillit till sin egen förmåga till förändring är en viktig ingrediens i samtal om motstånd. CM kan exempelvis uppmärksamma brukarens ansträngningar, som ett led i att öka självtiliten.

CM använder också sammanfattningar för att förstå att brukaren eller närstående lyssnar aktivt. Ger också möjlighet att rätta till missförstånd. Sammanfattningar ger struktur och är ett verktyg för att styra samtalet.

Vid tecken på motstånd använder CM bland annat personliga reflektioner för att öppna upp samtalet. Motstånd kan visa sig genom ovilja hos brukaren att svara på frågor eller berätta om sin syn på saken. Omformulera frågorna och försöka att vinkla dem på ett annat sätt.

1. Kartlägg motståndet tillsammans med brukaren.

Handlar motståndet om problem i kontakten med personer, situationer eller kanske platser?

Det kan även finnas fördelar med att arbeta utifrån ett bestämt, av brukaren, definierat mål. CM hjälper även brukaren att formulera delmål. Skriv ned mål och delmål på ett papper.

Man kan även använda sig av problemlösning eller målformulering. Utgå då direkt ifrån denna blankett.

Exempel på frågor och argument:

Vad är det exakt som du känner motstånd/motvilja till?

Handlar det om att du inte vill att denna person ska....?

Är det denna situation som är jobbig för dig/som du vill undvika?

Jag tycker att det vore bra om...

Kan du tänka dig att istället göra så här....?

Om jag förstår saken rätt, så vill du....?

Skälet till att du inte vill, är alltså....?

2. Bedöm beredskap för förändring tillsammans med brukare/närstående.

Bedöm tillsammans med brukaren hans/hennes beredskap för förändring eller grad av motivation. Har han/hon låg, medelhög eller hög beredskap till förändring? För att få en snabb uppfattning eller säkerställa sitt intryck av förändringsbenägenheten använder CM frågor som:

- Hur stor tilltro har du till din förmåga att klara av detta om du bestämmer dig?
- Hur viktigt är det för dig att förändra dig?
- Vad skulle du vinna på att förändra?
- Vad skulle en förändring kunna innebära för dig?
- Kan jag kanske hjälpa dig på något sätt för att öka denna tilltro?

3. Gå in på förändringsområdet.

CM hjälper brukaren att överväga en eventuell förändring och erbjuder information i dialog hur beteendet påverkar till exempel hälsan. I detta steg har antagligen brukaren bestämt sig för att försöka eller åtminstone att tala om att övervinna motståndet. CM kartlägger även tillsammans med brukaren fördelar och nackdelar med beteendet respektive förändring av detta. Detta är en mer utmanande fas i samtalet. CM är nu mer styrande och fokuserar mest på fördelar med förändring. CM nämner själv de fördelar han/hon ser, om inte brukaren till att börja med, själv kan uttrycka dessa. CM fokuserar nu helt på allt positivt som kan uppnås, men diskuterar kort även de eventuellt negativa saker som brukaren för fram.

Om du bestämmer dig för att försöka förändra detta, så kommer detta att hända....

Hur tror du att du skulle må om du lyckas förändra detta?

Vilka fördelar får du om du lyckas övervinna detta? (Detta görs noggrant).

Vilka nackdelar kan du se? (Görs mer översiktligt. Måste vara aningen styrande).

Är fördelarna eller nackdelarna i majoritet?

4. Locka fram förändringsyttranden.

CM lockar fram förändringsyttranden, till exempel nackdelar med nuvarande beteendet och fördelar med en förändring, och lyssnar reflektivt. Locka alltså brukaren att själv uttrycka positiva saker som CM kanske nämnt, eller andra positiva saker, som brukaren själv för eller fört fram under diskussionen under punkt 3. CM lyfter fram brukarens idéer om hur förändringen ska genomföras och när, samt betonar att brukaren väljer själv och vet bäst hur förändringen ska göras.

Som du har det idag, vilka nackdelar ser du med att du inte vill förändrar detta?

Vilka begränsningar medför det för dig?

Om du förändrar detta, vilka fördelar får du då?

Jag hör att du vill nå fram till detta, men det är ju svårt när du inte vill förändra....

Skulle det inte vara skönt om du klarade av att...

5. Stimulera till beslut.

CM sammanfattar till slut brukarens skäl när han/hon fattat beslut om förändring för att tydliggöra beslutet och vinsten med en förändring. CM stärker hans/hennes självtillit genom att visa tilltro till att förändringen kommer att kunna genomföras.

Jag är säker på att detta är helt rätt....

Om du vill, så hjälper jag med det jag kan....

Du vill alltså göra så här....

Vinsten med en förändring för dig är alltså....

Tiden kan vara en viktig begränsande faktor, men forskning visar att man ofta även på kort tid kan göra stor nytta med denna typ av strukture-

rade samtal för att övervinna motstånd. Det kan dock ta lång tid och många samtal att verkligen hjälpa en brukare till ett beslut att förändra sig, och det är inte alltid som ett mål går att nå.

Man kan även kanske tänka sig ett steg nummer 6, där CM ber brukaren gå hem och tänka över vad man kommit fram till. Kanske avsluta mötet med att skriva ned vad som beslutats och åter ta upp detta nästa gång man ses. Att övervinna motstånd kan ta flera möten och kan behöva gås igenom upprepade gånger, brukare och CM tillsammans.

Utredning

Kartläggning av nätverket

Det utredningsarbete kring resursgruppen som presenteras skiljer sig något från Falloons ursprungsmanual. En orsak till detta är att färre svenska brukare bor med sin ursprungsfamilj och att de ofta har professionella personer som är involverade i det dagliga livet. Alla personer som är viktiga för brukaren är resurser på olika sätt. De ingår i resursgruppen, som alltså omfattar professionella samt släktingar och vänner. Utredningsarbetet måste anpassas till dem som deltar i resursgruppen. Närstående har en mer emotionell relation och är direkt inblandade i varandras liv. Professionella samarbetspartners, till exempel psykiatrins personal, hemtjänst och personliga ombud, har en mer avgränsad relation till brukaren, men måste även de integreras i utredningsarbetet för att resurserna skall kunna utnyttjas maximalt.

Eftersom vårt främsta mål är att skapa ett socialt stödjande nätverk kring brukaren måste vi tidigt kartlägga det nätverk som redan finns. Nätverksanalys görs i första hand med brukaren, men kan kompletteras med ett samtal i resursgruppen kring samma frågor. Det görs bäst genom ett sociogram. Vi använder en mycket enkel figur, som sällan kräver långa förklaringar. Pricken mitt i cirkeln representerar brukaren. Alla personer som är viktiga prickas in, även de som har yrkesmässig kontakt. De med tät kontakt, oavsett kvalitet, skrivs in nära mitten. De med låg frekvent kontakt markeras nära ytterkanten. När alla är inprickade ställs vissa följdfrågor. Några förslag finns överst på formuläret.

OBS: Enstaka personer med svåra kognitiva störningar har svårt att förstå hur kontaktfrekvens kan representeras av avstånd från mitten. Vid dessa fall kan det vara enklast att gå igenom brukarens aktivitet under några dagar och notera alla personer som haft kontakt med brukaren.

Individuell intervju med brukaren

Centrum i Integrerad Psykiatri är arbetet i resursgruppen. För att detta skall bli så bra som möjligt börjar vi med att tala enskilt med alla som brukaren vill skall ingå i gruppen. Det görs av flera

anledningar, bland annat att etablera CM som ett nav i gruppen. Eftersom det troligen bara är CM som talat enskilt med alla i gruppen blir personen ett naturligt nav. Vi vill också ge alla deltagare i gruppen en möjlighet att berätta saker som man kanske inte vill säga i en större grupp. Det kan vara innehållet i vanföreställningar och hallucinos som ofta är mycket personligt. Det kan också vara att man känner skuld och sorg för brukarens situation eller egna känslor som uppgivenhet eller rädsla. Även personal skall intervjuas individuellt. Samtalet kan röra erfarenheter och kunskap samt arbetssituationen. Kanske är den aktuella pressen så hög att möjligheten till en helhjärtad insats minskas. Det händer också att någon vill meddela att man inte vill beröra vissa känslor eller fakta i en större grupp.

Vi börjar med att motivera brukaren. Först motiverar vi varför intervjun görs: ”För att vi tillsammans skall kunna göra bästa möjliga insats, behöver jag få reda på lite mer om hur du har det och vad du gör. Bland annat vill jag veta vilka situationer som är svåra och hur andra hjälper dig på olika sätt. Dessutom vill jag diskutera vilka mål du anser vara viktiga att arbeta för och vilken hjälp du vill ha från mig och andra”.

Vi går vidare med den aktuella situationen och fokuserar på den intervjuades tolkningar och kunskaper. Vill du använda frågorna till brukaren och till närstående är det bäst att göra det helt öppet (lämna gärna ut formuläret i förväg). Lägg fram en kopia av sidan som ni fyller i tillsammans. Komplettera med följdfrågor och låt den intervjuade ta upp närliggande ämnen och kommentera fritt. Förslagen till intervju kompletterar men ersätter inte någon annan form av utredning eller analys.

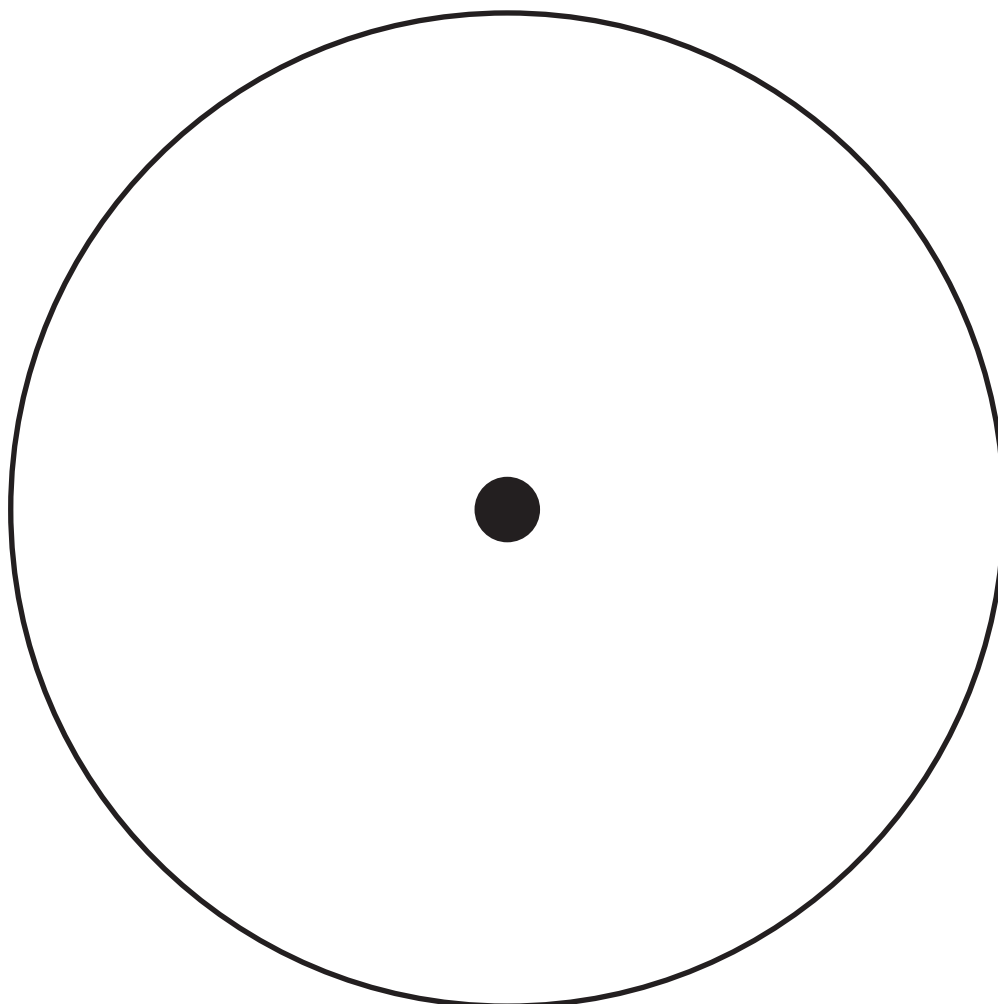
CM är naturligtvis fri att analysera alla områden som kan verka angelägna eller som den person man samtalar med själv tar upp. Det kan gälla starka sidor, till exempel tidigare framgångsrika sätt att klara svårigheter, glädjande aktiviteter och intressen. Ytterligare problemområden som kan analyseras kan vara svårighet att klara tidigare kriser, äktenskapsproblem, konflikter med viktiga personer, somatiska eller psykiatriska symtom, bristande stöd från omgivningen, missbruk, ekonomiska problem, svårigheter i boendesituationen, arbetsproblem, kulturkonflikter mm.

Arbetsblad: Sociogram/nätverksanalys

Namn: _____ Datum: _____

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?



Arbetsblad: Intervju med brukare

Namn _____ Datum _____ Intervjuare _____

1. Beskriv dina besvär eller problem. Hur kommer det sig att du fått de svårigheterna?
2. Hur klarar du av besvären eller problemen?
3. Tar du hjälp av andra, t ex släkt eller vänner?
4. Kan du tala med vänner och släkt om dina besvär eller problem?
5. Har du hört röster eller besväras av skrämmande tankar?
6. Vad tror du att det beror på?
7. Har du ångest eller känner dig nedstämd?
8. Hur märker du att du börjar må sämre? Vilka är dina varningstecken?
9. Vet du vad du ska göra om varningstecken uppkommer?
10. Vilka situationer eller händelser får dig att må sämre?
11. Vad får dig att må bättre?
12. Sover du bra och tillräckligt varje natt? Vaknar du utvilad?
13. Äter du mat regelbundet cirka 3-4 gånger per dag?
14. Vad heter din medicin? Hur mycket medicin tar du/dosen?
15. Vilka fördelar kan man få om man tar sin medicin? Nackdelar?
16. Hur tror du att din situation kommer att utvecklas?
17. Hur tror du att du har det om fem år?
18. Vad önskar du för stöd och hjälp av oss?
19. Finns det andra som du önskar stöd eller hjälp av?

Här är några förslag till kompletterande frågor:

- Har du någon som du kan diskutera dina problem med? Hur ofta gör du det?
- Skulle du vilja vara mer för dig själv?
- Har du eget rum?
- Får du vara ifred när du vill det?
- Har du någon sexuell relation för tillfället? (anpassa frågan efter situation och person).
- Vill du att ditt förhållande till vänner och bekanta ska förändras på något sätt? Till exempel: skapa närmare relationer, eller mindre påträngande relationer)
- Vilka situationer (aktiviteter, platser, personer) tycker du bra (illa) om?
- Bekymrar du dig för någon i familjen?
- Är någon i familjen till besvär för dig?
- Hur vill du att ert förhållandeskall förändras? Vad ser du för svårigheter med att uppnå det?

Individuell intervju med alla deltagare i resursgruppen

Liksom i den individuella intervjun med brukaren börjar vi med att motivera varför intervjun görs: ”För att vi tillsammans skall kunna göra bästa möjliga insats, behöver jag få reda på lite mer om hur du har det och vad du gör. Bland annat vill jag veta vilka situationer som är svåra. Dessutom vill jag diskutera vilka mål du anser vara viktiga att arbeta för och vilken hjälp du vill ha från mig och andra”. Ibland är det nödvändigt att ta reda på några identifikationsdata: till exempel namn, adress, relation till brukaren och kanske sysselsättning. För professionella samarbetspartners klarläggs den yttre ramen och innehållet i deras verksamhet med brukaren och närstående.

Liksom i den individuella intervjun med brukaren går vi vidare med den aktuella situationen och betonar, som tidigare sagts, den intervjuades tolkningar och kunskaper. Vill du använda frågorna är det bäst att göra det helt öppet (lämna gärna ut formuläret i förväg). Lägg fram en kopia av sidan som ni fyller i tillsammans. Komplettera med följdfrågor och låt den intervjuade ta upp nära liggande ämnen och kommentera fritt. Förslagen till intervju kompletterar men ersätter inte den vanliga psykiatriska utredningen av symtom och utlösande problem

CM är naturligtvis fri att analysera alla områden som kan verka angelägna eller som den person man samtalar med själv tar upp. Det kan gälla starka sidor, till exempel: tidigare framgångsrika sätt att klara svårigheter, glädjande aktiviteter och intressen. Ytterligare problemområden som kan analyseras kan vara svårighet att klara tidigare kriser, äktenskapsproblem, konflikter med viktiga personer, somatiska eller psykiatriska symtom, bristande stöd från omgivningen, missbruk, ekonomiska problem, svårigheter i boendesituationen, arbetsproblem, kulturkonflikter mm.

Det är en stor fördel att närståendes och personalens åsikter om behov, både tillfredsställda och icke tillfredsställda, blir tydliga. Utredning av starka sidor ägnas lika stort intresse som utredning av problem. Det är av stor betydelse för alliansen samt för deltagare i resursgruppen framförallt de närståendes självkänsla att ägna tid åt det som fungerar.

Om du vill kan du använda ett urval av frågorna till närstående också vid intervjun av personal.

För att förbereda dig för intervjuerna får du här lite information om Expressed Emotion:

Familjens känsloklimat/ Expressed Emotion

Expressed Emotion (EE) är ett sätt att lära sig att förstå hur resursgrupps- och familjemedlemmar samt andra närstående reagerar på psykisk ohälsa. Och också en metod för CM och andra behandlare att lära sig vad resursgruppsarbete och dess psykopedagogiska undervisning bör innehålla. Det finns ingen bra svensk översättning för Expressed Emotion, men det betyder ”uttalade känslor”, och vi väljer att kalla det för familjens eller de närståendes känsloklimat. I Sverige används oftast endast förkortningen EE istället för Expressed Emotion.

Med hjälp av en individuell intervju med närstående/familjen skattar intervjuaren (lämpligast CM) fem olika frågor:

1. **Kritiska kommentarer.** Kritiska kommentarer är till exempel vanligare i tätorter än på landsbygd, samt inom slutenvård än öppenvård.
2. **Fientlighet.** Fientlighet är, enligt många studier, ovanligt i Sverige, men förekommer bland personer som hamnat lite utanför samhället eller när närstående ”saknas”. Förekommer vanligare i tätorter, ej på landsbygd.
3. **Känslomässigt överengagemang** (eller kontroll och överbeskydd) från resursgrupps- eller familjemedlemmar eller närstående. Känslomässigt överengagemang, ofta kontroll och överbeskydd, är vanligt i Sverige. Framför allt på landsbygden, där man kanske tänker ”vad ska grannen eller den gode vännen säga eller tycka?” Alltså där den ”sociala kontrollen” är större.
4. **Positiva kommentarer.**
5. **Värme** från familjemedlemmar eller de närstående.

Enligt forskningsmodellen Camberwell Family Interview (CFI) så skattas familjemedlemmar eller närstående som hög- eller låg-EE. En av punkterna 1 till 3 räcker för att enligt forskningsmodellen vara så kallad hög-EE. Låg-EE är de som ej uppvisar höga värden under punkterna 1 till 3, utan istället högre värden under punkterna 4 och 5.

I kliniskt arbete gör vi den individuella intervjun och efter den, tillsammans med den intervjuade, en bedömning om jag eller den närstående upplever problem med kritiska kommentarer, fientlighet eller kontroll/överbeskydd gentemot personen som drabbats av psykisk ohälsa. Blir bedömningen att det finns inslag av hög-EE skall vi erbjuda större delen insatserna i resursgruppsarbetet, med utbildning, problemlösning och kommunikationsträning, emedan om bedömningen blir att den närstående är låg-EE, kan insatserna begränsas till förslagsvis endast psykopedagogisk undervisning om sjukdomen och upprättandet av tidiga varningstecken och en krisplan. Med hjälp av EE identifierar vi alltså vilka brukare och resursgruppsmedlemmar som behöver lite mer stöd och kunskap.

Det finns även kulturella skillnader mellan t ex västvärlden och utvecklingsländerna. I vissa samhällen i t ex Afrika eller Asien förekommer knappt hög-EE alls, då man inom samhället självklart hjälps åt att ta hand om och stötta en person med psykisk ohälsa. I västvärlden är det mycket lättare att hamna utanför eller på gatan på grund av psykisk ohälsa. Enligt internationell forskning uppvisar cirka 25-40 procent av närstående till personer med exempelvis schizofreni eller bipolaritet, hög-EE. Hög-EE är alltså relativt vanligt hos närstående eller i patientens familjer i västvärlden. Det är då självklart att vi måste stötta dessa personer att inte vara kritiska, fientliga, kontrollerande eller överbeskyddande. Viktigt att notera är att hög-EE också förekommer hos personal som arbetar med personer med psykiska funktionsnedsättningar. Nya studier (2004-2012), bland annat från England och Sverige, visar att personal på exempelvis gruppboendestäder/särskilda boenden eller på avdelningar för slutna psykiatrisk vård/heldygnsvård, uppvisar en del hög-EE, främst vad gäller kontroll och överbeskydd. Men även siff-

ror med en del kritiska kommentarer mot brukaren finns, främst på gruppboendestäder. Studierna är genomförda med två metoder, dels FMSS (Five Minute Speech Sample), dels en enkät-intervju (i Sverige gjord av Berglund-Fadden-Hansson-Kuipers, i England Kuipers-Fadden). De gruppboendestäder och avdelningar som har kontinuerlig handledning eller undervisning om bland annat Expressed Emotions, uppvisar lägre eller ingen hög-EE alls.

Gör intervjun med närstående enskilt. Tala om hur vanligt det är med hög-EE och betona vikten av att kunskap om sjukdomen minskar eller oftast eliminerar hög-EE. Det handlar alltså ofta om att endast ge kunskap, men ibland att man även behöver träna på vissa saker genom kommunikationsträning, färdighetsträning eller problemlösning.

Arbetsblad: Individuell intervju med närstående:

Vilka svårigheter/problem har din närstående (brukaren)?

samt följdfrågor som t ex;

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

Vilken diagnos har din närstående (brukaren)?

samt följdfrågor som t ex;

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

Vilken kunskap tror du att din närstående (brukaren) 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 (brukarens) medicin verkar?

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

Lyssnar du och din närstående (brukaren) 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?

Arbetsblad: Närstående och resursgruppsbörd

Datum:

Kontaktperson:

Närståendes initialer:

Hur stor belastning har du känt i hemmet (i din livssituation) under de senaste två veckorna på grund av din anhöriges psykiska problem?

Sätt ett kryss:

0 Ingen

1 Lätt

2 Måttlig

3 Svår

Om du vill kan du kommentera ovanstående:

Hur vill du just nu förändra den psykiatriska vården?

Hur är din inställning till att fortsätta vårda och bry dig om?

Sätt ett kryss:

1 Positiv

2 Uppgiven

3 Avvisande

Social funktion

Utredning av social funktion tillgår i huvudsak på det sätt som vanligen görs inom stöd och behandlingsverksamhet, fast kanske lite grundligare. Vi observerar och ställer frågor om de flesta livsområden. Det kan vara ekonomi, boende, skötsel av lägenhet, hygien, tvätt, matlagning, fritidsintressen, sysselsättning och framför allt kontakt med andra personer. De omvårdnadsutredningar som görs vid många kliniker och inom kommunal verksamhet, kan vara till stor hjälp. Ett flertal verktyg för att klargöra social funktion och livskvalitet kan användas. Det kan till exempel gälla CAN-skalan som i praktiken visat sig fungera mycket väl och är enkel att lära sig. Utöver själva kartläggningen är det en stor fördel att brukarens, närståendes och personalens åsikter om behov, både tillfredsställda och icke tillfredsställda, blir tydliga.

Utredning av starka sidor ägnas lika stort intresse som utredning av problem. Det är av stor betydelse för alliansen samt för att brukares självkänsla att ägna tid åt det som fungerar.

Ställ gärna frågor som:

- Vad är du nöjd med?
- Vad ger dig glädje och avkoppling?
- Om du skulle skryta om dig själv, vad skulle du säga då?

CM betonar fungerande sidor i brukarens beteende genom att ta upp dem i utredningens sammanfattning

Kartläggning av en vanlig dag

Genom att brukaren beskriver en vanlig dag får CM en god bild av situationen. Dessutom ger detta samtal ett bra underlag för målformuleringen. Det är viktigt att vara konkret och ta upp nära och små aktiviteter. Men vi undersöker också brukarens attityd till det som sker. Vissa människor är mycket nöjda med en dags innehåll, som andra anser vara högst otillfredsställande. Kartläggningen kan ske genom fria frågor kring detta ämne, men den kan också göras med hjälp av formuläret

”En vanlig dag”. Den används endast för brukaren. Formuläret ger ingen detaljerad beskrivning, men är lättanvänd och har visat sig vara av stort värde för att hitta mål som brukaren anser viktiga. Svaret på frågan: Vad hindrar dig? är lätt att göra om till ett näraliggande mål för åtgärd.

Arbetsblad: En vanlig dag

| | |
|--|---|
| <p>Aktivitet Vad brukar du göra? Syftet är att beskriva "en vanlig dag". Alltså även det som kanske kan beskrivas som problem (t ex ligger på sängen). Skriv det som tar mesta tiden överst.</p> | <p>1. 2. 3. 4.</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 (lokaler) Var brukar du vara på dagarna?</p> | <p>1. 2. 3. 4.</p> |
| <p>Var skulle du vilja tillbringa mer tid ?</p> | |
| <p>Vad hindrar dig?</p> | |
| <p>Personer Vem är du mest tillsammans med på dagarna?</p> | <p>1. 2. 3. 4.</p> |
| <p>Vem vill du träffa oftare? Vem vill du träffa mindre ofta?</p> | |
| <p>Vad hindrar dig?</p> | |

Fortsatt analys och utredning

Den del av analysen kring brukare och resursgrupp som presenterats ovan kallas Övergripande Analys. Innehållet är relativt liknande för de flesta personer. För att få ett bättre underlag för insatser krävs ofta en mer djupgående analys som vi kallar Fokuserad Analys. Innehållet är det samma som vid en fullständig KBT-analys. Vi går alltså igenom styrfaktorer och innehåll kring tankar, känslor och beteenden, samt analyserar undvikande och säkerhetsbeteenden.

Den som inte har en KBT-utbildning behöver hjälp att genomföra analysen. I de flesta fall kan det ske i samband med handledning. Att hjälpa personal med fokuserad analys är en av handledningens viktigaste funktioner.

Sammanfattning av utredningen

En kortfattad sammanfattning av den övergripande utredningen kan vara till stor hjälp i arbetet. Beskriv de problem som framkom. För att undvika brott mot tystnadsplikten och för att inte skapa konflikter, är det bäst att inleda med att göra en sammanfattning enskilt. Fråga om du får delge sammanfattningen till hela eller delar av resursgruppen. Fokus ligger på observerat och rapporterat beteende och inte på CM's tolkningar. Notera motsättningar mellan mål och problem samt vilka svårigheter du tror utgör de största hindren för brukaren, resursgruppens eller resursgruppens enskilda medlemmars framsteg. Denna manual är inte hemlig. Visa den gärna. Vi strävar efter att utredningen skall vara öppen i resursgruppen, men håller givetvis hårt på tystnadsplikten om någon inte vill att andra skall informeras. Vid dessa tillfällen betonar vi att hemligheter kring viktiga områden kommer att göra det svårt och ofta omöjligt att arbeta med dem. Frågor från någon i resursgruppen om vad andra sagt under utredningsarbetet, hänvisas till denna person.

Att sätta mål

Ett bra sätt att underlätta målformuleringen, är att se på de hinder som brukaren noterat på formuläret "En vanlig dag". Det är alltså dessa hinder som är behandlingsmål, inte slutmålen. En egen bostad; kan vara ett önskvärt övergripande mål för brukaren, men behandlingsmålet (och ofta det kortsiktiga målet) är att åtgärda det som hindrar brukaren att ha en egen bostad; till exempel rädsla för att vara ensam på nätterna.

Du kan också hjälpa till med stödjande frågor. Här är några förslag:

- Om dina nuvarande problem minskade något; vad skulle du då vilja göra under de närmaste tre månaderna?
- Vad gav dig glädje tidigare i livet?
- Finns det något som du skulle vilja göra oftare (mindre ofta)?
- Vad hände (vad kände du) när det var som mest besvärligt igår?
- Vem skulle kunna bli ett gott stöd för dig? (målet blir att skapa en bättre relation). Vilka svårigheter tror du att du skulle möta om du försöker förverkliga dina mål? Kanske du redan tagit några små steg i rätt riktning?
- Om vi kunde trola, vad skulle du önska dig då?

Vissa direkta förslag kan ges av CM. Det bästa är att föreslå som mål att minska antal återfall. Vad man än skall göra är återfall ett hinder. Det är ett utmärkt mål att arbeta på under första behandlingstiden, eftersom det har direkta kopplingar till nätverk, kunskap, självkännet, behandling, livskvalitet och aktuella påfrestningar. Det händer att personer vill sätta upp svårnåbara, orealistiska mål eller mål byggda på vanföreställningar. Kritisera inte dessa. Notera dem och fråga varför just detta mål är attraktivt. I de flesta fall säger då personen mer allmänna önskemål.

Exempel:

- "Jag skulle vilja bli rockgitarrist" (orealistiskt för denna person).
- "Jaha, vad är det som är så fint med det?"
- "Jo, då blir man uppskattad, träffar tjejer och tjänar pengar."

-
- ”Det var bra mål som jag tror att de flesta killar vill uppnå. Skall vi skriva upp dem?”

Visa gärna att slutmålet kräver flera steg på vägen. Rita en linje och sätt målet till höger. Diskutera vilka punkter som finns på linjen. Bli uppskattad, kan ha som delmål att kunna uttrycka sig så att andra lyssnar, att berätta om sig själv på ett sätt som är anpassat till situationen, och så vidare.

När ett mål fastställts skrivs det på formuläret ”Plan för personlig utveckling” (se nästa sida). Det görs *först individuellt med brukaren* därefter presenteras det och diskuteras i resursgruppen

Personligt långsiktigt mål: Tar upp personens egenformulering. Det får vara svåruppnåeligt eller realistiskt.

Mål jag vill uppnå under de närmaste tre månaderna: Här skrivs högst tre mål (eller problem), helst inte fler än två. De måste inte ha samband med det övergripande.

Alla har vi samtidigt mål på flera nivåer, som inte har större samband. De skall vara konkreta, närliggande samt ha direkt samband med personens livskvalitet. Det kan vara enkla saker som att köpa nya skor, eller mer komplicerade som att försöka bryta sin isolering. Det senare uttrycks konkret, till exempel: Träffa andra för aktiviteter och samtal två gånger per vecka.

Utgångsläge, hur är det nu?: Utgångsläget beskrivs. ”Nu träffar jag bara vårdfolk. Andra personer talar jag med högst en gång på tre veckor. Jag vet inte vem jag skall tala med eller vad jag skall säga.”

”Utvärdering av framsteg”. (Hur märker vi att det går åt rätt håll?): ”Om jag talar med någon och känner mig säkrare.”

För brukare med behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall stå beskrivet vilka insatser brukaren behöver och vilken huvudman som ansvarar för dessa (socialtjänsten, primärvården, landstingspsykiatri).

Resursgruppsarbete

Resursgruppens storlek varierar för olika brukare, från bara en person upp till kanske femton som mest. En stor grupp träffas mera sällan. Vi hjälper brukaren att använda olika delar av sitt nätverk för olika behov, på samma sätt som vi alla gör. Det finns alltså ingen anledning att två deltagare ventilerar sina personliga konflikter i närvaro av representanter från till exempel försäkringskassan. Hela resursgruppen träffas egentligen bara för att stämma av målen med brukaren, för att få och ge information samt för att fördela resurser på ett lämpligt sätt. Dessa större möten sker var tredje till var sjätte månad för brukare i residualfas. I de flesta fall arbetar vi med några eller kanske bara någon person i resursgruppen. Viktigast är sammanboende och familjemedlemmar, men även släktingar, vänner, hemtjänst, personliga assistenter, boendestödspersonal med flera kan vara högfrekventa samarbetspartners. Gruppen som träffas växlar alltså med problemställningen.

Arbetsblad: Plan för personlig utveckling

Långsiktigt personligt mål:

Mål jag vill uppnå under de närmaste tre månaderna:

Hur är det nu när det gäller dina mål?

Vem gör vad och när?

Datum för utvärdering: _____

Första resursgruppsmötet

Det första resursgruppsmötet kan ske som en början på alla kontakter. Det kan också vänta lite tills du hunnit lära känna brukaren och kanske talat enskilt med deltagarna till exempel genom att använda arbetsbladet: Individuell intervju med närstående (se nedan, under Utredning av deltagare i resursgruppen).

Om det första resursgruppsmötet planerats i samarbete med brukaren, så inled med att brukaren presenterar deltagarna för dig. Det första mötet måste ha en tydlig form. Det skall inte bli ett tillfälle till attacker mellan deltagarna. Ingen skall behöva stå till svars för sina handlingar eller bli utsatt för krav och påtryckningar. Inled det första mötet med att berätta vem du är och din eventuella funktion som CM. Därefter presenteras målsättningen med resursgruppsarbete samt CM's roll. Om du anser det lämpligt så kopiera sidan till deltagarna. Ofta måste innehållet begränsas vid första mötet för att inte överhoppa deltagarna. Kanske kan några av de professionella deltagarna (till exempel från hemtjänst, någon aktivitetsenhet) berätta kort om sin verksamhet. Tillåt inte kritik nu. Hänvisa till att alla kommer få många tillfällen att framföra viktiga synpunkter. Hänvisa också till att du kommer att tala enskilt med alla inom kort. Är resursgruppen liten, är det bäst att göra detta omedelbart. Sätt dig under cirka 10 minuter med var och en i ett eget rum. Vid första träffen kan man också informera om att arbetet pågår så länge det behövs, men att en vanlig tidsperiod är två år vid svårare problem. Resursgruppens deltagare har naturligtvis rätt att sluta när de vill, men vi kommer att fråga dem om varför. CM måste dock meddela deltagarna i god tid innan avslutning, minst ett par månader i förväg.

Utredning av deltagare i resursgruppen

Utredningens syfte är att kartlägga resursgruppen och dess medlemmars, starka och svaga sidor, samt deras förmåga att lösa problem och uppnå mål. Det görs genom att vi tillsammans inventerar tillgångar och brister för varje person och för de stöd- och vård organisationer som deltar i brukarens behandling. Vidare tar vi reda på vad som hindrar att ett mål kunnat uppnås och vilken hjälp resursgruppens medlemmar ger och kan ge varandra. Efter utredningen försöker vi få alla i

resursgruppen att formulera konkreta kortsiktiga mål. Det gäller alltså även de professionella deltagarna, men deras mål är sällan personliga utan rör arbetssituation och önskad inriktning för den egna verksamheten.

Att sätta personliga mål för deltagarna i resursgruppen

Vi försöker fastställa mål för alla i resursgruppen, även för professionella deltagare. I de flesta fall uttrycks målen spontant vid den inledande intervjun. Dessa noteras, men vi binder oss inte för målen på detta stadium. De måste oftast diskuteras och integreras på ett resursgruppsmöte. OBS: Ingen, inte heller de professionella, får sätta upp mål för andra än sig själva. Anhöriga får alltså inte sätta upp målet: ”Jag önskar att han skall bli mindre aggressiv”. Vid dessa tillfällen betonar CM det naturliga och rimliga i den anhöriges önskan, men föreslår en omformulering: ”Kan du tänka dig ett nära liggande mål: ”Jag vill kunna hantera hans aggressivitet bättre och inte vara ständigt rädd för att han skall bli arg?”

Professionella får inte formulera mål som till exempel ”att brukaren skall klara boendet bättre”. Detta är möjligen brukarens mål. Omformulera till ”att arbeta med aktivt boendestöd”. Målet beskriver alltså varje person i resursgruppens egen önskade aktivitet, känslor eller upplevelser, inte önskningar om andras förändring. Ibland kan det vara svårt att hitta lämpliga mål. Tryck inte på, det får ta tid. Gör gärna målformuleringen till ett mål i sig.

Arbetsblad: Resursgruppens mål

| Mål | Målet diskuterat (skriv datum för varje diskussion) | Uppnått (datum) |
|-------------------------|---|--------------------|
| Namn: Mål 1 Mål 2 | | |
| Namn: Mål 1 Mål 2 | | |
| Namn: Mål 1 Mål 2 | | |
| Namn: Mål 1 Mål 2 | | |
| Namn: Mål 1 Mål 2 | | |

Resursgruppsmötets innehåll

Flexibiliteten i behandlingen är viktig. Vi försöker ständigt anpassa innehåll och form till det för stunden optimala. Nedanstående mötesbeskrivning är alltså ingen mall.

Resursgruppsmöte

Mötestid: Ungefär en timme.

Plats: Platsen ska helst vara i brukarens hem eller på annan plats där deltagarna känner sig trygga och avslappnade.

Närvaro: Alla personer som är viktiga för brukarens livskvalitet bör inbjudas, men det är brukaren som bestämmer.

Standardstruktur på resursgruppsmöten:

1. *Analys av framsteg* med avseende på uppställda mål, samt en snabb genomgång av aktuella problemområden.
2. *Genomgång av de hemuppgifter* som gavs förra gången samt rapport från resursgruppsmötet utan CM (närståendemöte). Det är en stor fördel om någon eller några situationer kan rollspelas.
3. *Bearbetning och träning.* Ett aktuellt problem analyseras och problemlöses (eller annan metodik används).
4. *Ny hemuppgift* bestäms.

Krisintervention

Se detta avsnitt senare i manualen.

Redan från första mötet bör dock alla ha en kort skriven instruktion om hur man får tag i CM. Det är också en stor fördel att redan från början informera kort om tidiga varningstecken.

Behandlingsuppföljning

Görs kontinuerligt och delges resursgruppen (eller en person om resultatet är personligt). Större genomgång cirka var tredje månad.

Tillfälliga deltagare i resursgruppen

Alla kan bjuda in vem de vill men måste meddela CM i förväg, så att han/hon kan förhandla med personer som eventuellt har något emot deltagandet.

Berusning, våld etc

Påverkan av droger, alkohol eller våld (inkluderar verbalt hot) får ej förekomma under möten. CM avbryter mötet och diskuterar situationen individuellt med de inblandade (och givetvis också med sina kollegor och chefer).

Resursgrupps- eller närståendemöte utan CM

Att börja med möten utan CM kräver noggranna förberedelser, träning och ibland också motivation. De korta stunder som CM har möjlighet att träffas räcker inte alltid och dessutom ska brukaren och närstående självklart själva klara av att träffas ensamma på sikt. Enklaste sättet att få detta att fungera är att tillsammans bestämma en fast tid, kanske en gång i veckan när man sätter sig ner tillsammans. Vad man ska göra denna stund bestäms i förhand. Dessa så kallade hemuppgifter kan ju även CM till att börja var med och bestämma. Möten behöver inte vara långa, det viktiga är att samtliga berörda kommer och är med. Det normala är i början att man sitter ner kanske 15-30 minuter, men blir det kortare är även detta bra.

Det hjälper att ha en bestämd person som håller i dessa möten. En person som ser till att hålla tider och att man håller sig till det bestämda ämnet, samt att alla får säga sin mening. Det är även bra att ha en sekreterare eller en person som kort antecknar vad som sägs och hjälper den som håller i mötet att engagera de andra. Vilka dessa två är kan bestämmas redan på mötet då hemuppgifter bestäms. Det är enklare och blir tydligare om man bestämmer detta i förhand.

Exempel på hemuppgifter kan vara att tala med mamma om sina tidiga varningstecken, att tillsammans med boendestödjure diskutera städningen i sin bostad eller att diskutera sin ekonomi tillsammans med sin socialsekreterare. Lite svårare hemuppgifter är att tillsammans med närstående träna på färdigheter som t ex vad man säger till en kompis när man varit inlagd på sjukhus eller hur man gör när man ringer upp någon som man t ex vill träffa och gå på bio med. Att träna sig på att problemlösa eller uppfylla mål med hjälp av blanketten är också bra hemuppgifter.

Resursgruppsmöten/närstå- endemöten utan CM

1. *Bestäm dag* och tid för ett 15 – 30 minuter långt möte varje vecka.
2. *Bestäm vem* som skall vara ”sekreterare” under mötet.
Uppgifter:
 - Samlar ämnen som någon i gruppen vill ta upp. (Eller saker som någon vill göra).
 - Uppmanar alla att delta.
 - Antecknar lite om vad som diskuterats. Bara enstaka ord så att ni kommer ihåg vad som gjorts.
3. *Välj en person* som leder samtalet, vi kallar denne för ”ordförande”.
Uppgifter:
 - Ser till att mötet börjar och slutar i tid.
 - Ser till att diskussionen håller sig till ämnet.
 - Låter alla få säga sin mening.
4. När ni träffar CM härnäst får hon/han en *kortfattad redogörelse* om vad som hände på mötet.

Utvärdering av arbetet/mät- ning av effekt

Det finns många anledningar till att kontinuerligt mäta effekten av arbetet. För det första vill vi veta om våra och resursgruppens ansträngningar ger önskvärt resultat. Vi vill också veta att vi inte skadar någon av de inblandade. Arbeta med närstående rör vid mycket personliga och känsliga områden och det finns en risk för att vårt arbete ger negativa effekter. Vi mäter också för att kunna välja lämplig metodik och arbetssätt. Dessutom är våra huvudmän intresserade av arbetets produktivitet.

Mätningar skall vara öppna för alla inblandade, de skall inte vara experttolkningar som distanserar brukaren, och de bör vara lätta att genomföra. Nedan följer förslag på mätningar. CM bör naturligtvis också använda andra instrument som de anser vara till nytta. Om brukaren har ett specifikt problem, finns ofta en mätning som är inriktad på just detta som bör användas. Det kan gälla pa-

nikångest, depression med mera. Vissa formulär som finns i manualen kan användas för att följa behandlingsresultatet. Det gäller till exempel formuläret: Resursgrupps- och närståendebörda.

Kontinuerlig skattning

Ett utmärkt sätt att följa arbetet är att brukare och resursgrupp kontinuerligt skattar de saker som man tillsammans bestämmer är viktiga. Det ger alla en möjlighet att ge feedback gällande arbetets upplägg och egna och andras insatser. En förutsättning för fungerande skattning är, att det man skattar definieras noga. Vi har här tagit upp symtom, social funktion samt familjebörda/stress, men det kan även handla vad som helst som kan vara viktigt för någon persons livskvalitet. På de prickade raderna kan ni skriva upp det som ni vill följa och skatta. Några exempel: sömnsvårigheter, glädje, aktivitet, nedstämdhet, rädsla, ekonomiska problem, trevliga kontakter med andra, koncentrationsförmåga. En skattad trea betyder att något finns stor utsträckning, oavsett om detta är positivt eller negativt. Skattningen gör det lätt att se om utvecklingen går åt rätt håll och om resursgruppens arbete lyckas.

Den horisontella tidsaxeln kan utgöras av möten, dagar, veckor eller månader, välj det som passar brukare, resursgrupp och problem.

Arbetsblad: Kontinuerlig skattning

Namn: _____ Påbörjad datum: _____

Skattning:

0 = inget

1 = lite

2 = måttligt

3 = mycket

Fyll i lämplig ruta.

Symtom (eller problem):.....

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

Svårigheter i det dagliga livet:.....

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

Stress eller belastning:.....

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

Skattning av livskvalitet

Falloon föreslår en förenklad uppskattning av livskvalitet. Ett väl utprovat sätt är att be varje närstående i resursgruppen snabbt skriva ned en lista på:

- De vanligaste aktiviteterna under de senaste dagarna.
- De personer som de träffat senaste dagarna.
- De platser som de befunnit sig på.

Listan behöver inte vara lång eller fullständig. Därefter ber du alla att stryka under de aktiviteter, personer och platser som de skulle vilja ägna mer tid om de orkat eller kunnat. Skillnaden mellan faktiskt och önskat är ett mått på livskvalitet! Är många understrukna betyder det troligen att livskvaliteten är låg. Kontrollera att dessa önskvärda aktiviteter finns med på listan över mål. Mätningen har vissa brister. Personer med låg aktivitetsgrad, de med bristande social förankring samt de som slutat att hoppas får korta listor med få alternativ att markera som lämpliga för ökning.

Se blanketten på nästa sida.

Resursgruppens uppmärksamhet på positiva förändringar

Hjälp de närstående/resursgruppen att i tur och ordning rapportera de positiva förändringar man märkt hos andra. ”Skall vi se om ni märkt några förändringar som ni gillar och uppskattar hos varandra. Skall vi börja med Bengt? Hur har ni sett att Bengt förändrat sig?”

Denna övning innehåller två moment.

- Dels övar deltagarna i resursgruppen att notera och rapportera positiva beteenden.
- Dels ger de dig och varandra en uppfattning om förändringar.

CM ger hög uppmärksamhet åt alla rapporter. Starta inte allmänna diskussioner om de närståendes nuvarande situation, eftersom dessa kan bli

mycket stressande och negativa. Fokusera till vissa klart definierade ämnen.

Värdering av arbetet och CM

Använd vår vanliga feedbackmetod för att värdera innehållet i arbetet och CM's agerande:

- Bra saker
- Förslag till förbättringar

Om värderingen blir alltför tunn så ställ ett antal konkreta frågor. Förslag:

- Har det vi tagit upp varit viktigt?
- Träffas vi för ofta eller för sällan?
- Går det att förstå de ämnen som diskuteras?
- Vill ni ha mer information eller material av något slag?
- Vill ni ha fler individuella samtal med mig?
- Har övningarna varit givande?
- Är hemuppgifterna pressande?
- Har ni någon nytta av hemuppgifterna?
- Pratar jag för mycket?
- Lyssnar jag på er?
- Är jag för styrande?
- Bör jag hålla hårdare i våra samtal?
- Kommer jag ihåg vad ni gjort och sagt?
- Tycker ni att jag kan förstå er situation?
- Använder jag ett språk som är lätt att förstå?
- Kan jag förklara varför behandlingen ser ut som den gör?

För att brukaren skall få möjlighet att skatta hur han eller hon tycker att samarbetet tillsammans med CM fungerar kan du använda TASP. Denna skattning anses vara viktig för arbetets framgång då arbetet inte fungerar om alliansen inte finns.

Arbetsblad: Livskvalitet:

Hur tycker du att ditt liv är **JUST NU**?

Bästa tänkbara livssituation



Sämsta tänkbara livssituation

Sätt ett kryss på linjen!

Längst ned på strecket representerar sämsta tänkbara livssituation för DIG!

Längst upp på strecket representerar bästa tänkbara livssituation för DIG!

Arbetsblad: TASP - P (Therapeutic Alliance Scale for Psychosis - patient)

Kontakten med Din kontaktperson/behandlare

Instruktion

I detta formulär finns ett antal påståenden, som gäller Ditt förhållande till Din kontaktperson/behandlare. Vid sidan av påståendet finns fem rutor. Sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du uppfattar kontakten.

Arbeta snabbt och fundera inte för länge på någon fråga!

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|-------------------|---------------------------|--------------------|----------------|-------------------------------|
| | | Stämmer inte alls | Stämmer inte särskilt bra | Stämmer ganska bra | Stämmer precis | Vet ej / Frågan ej tillämplig |
| F1 | Min kontaktperson/behandlare och jag förstår varandra. | | | | | |
| F2 | Jag har förtroende för min kontaktperson/behandlare. | | | | | |
| F3 | Min kontaktperson/behandlare och jag strävar mot samma mål. | | | | | |
| F4 | Min kontaktperson/behandlare och jag har olika uppfattning om vad som vore bäst för mig. | | | | | |
| F5 | Min kontaktperson/behandlare verkar ha erfarenhet att arbeta med människor som har samma problem som jag själv. | | | | | |
| F6 | Min kontaktperson/behandlare ställer upp när jag behöver. | | | | | |

Var vänlig kontrollera att Du har tagit ställning till alla påståenden!

Tack för Din medverkan!

The Treatment Alliance Scale for Psychoses (TASP)

Utbildning av närstående och resursgrupp

Det bör påpekas att forskningen tydligt visar att resultatet av psykopedagogisk undervisning är bäst och med högst evidens när brukare och närstående utbildas samtidigt. Som exempel kan nämnas de nationella psykosociala riktlinjerna vid schizofreni där det står:

”Hälsa- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjudna personer med schizofreni och deras anhöriga gemensam utbildning (*prioritet 1*).
- Erbjudna anhöriga utbildning där gemensam utbildning tillsammans med personen med schizofreni inte är möjlig (*prioritet 3*).
- Erbjudna personer med schizofreni utbildning där gemensam utbildning tillsammans med anhöriga inte är möjlig (*prioritet 7*)”.

För att öka förståelsen och kunskapen om psykiska funktionsnedsättningar är utbildning av brukare och närstående och resursgrupp mycket central. Att såväl kommunala kontaktpersoner som psykiatrins medarbetare deltar som utbildare är väsentligt. Representanter för övriga huvudmän bör också bjudas in till utbildningen.

Att utbilda psykopedagogiskt, alltså på ett psykologiskt undervisande sätt, är för brukare, närstående och resursgrupp lugnande och hoppingsvande. Dessutom, framför allt när samtliga deltar i utbildningen, så ökar förmågan att samverka väsentligt. Kunskap och information stärker självkänsla och höjer förmågan att ställa krav på behandling och samarbetet.

Psykopedagogisk undervisning

När arbete med närstående och familjer inom psykiatri så smått började struktureras under framför allt 70-talet, betonades att behandlare skulle ta upp beteenden hos, främst, föräldrar till barn med psykisk belastning. Men även med make/maka och barn skulle vi behandlare påpeka sådant som vi ansåg var viktigt för familjen.

På grund av detta kunde vi till ett föräldrapar till exempel påstå att ”ni verkar vara en familj som isolerat er en hel del på grund av XX:s problem.”

Varpå vi, från och till, fick häftiga reaktioner, på grund av vår subjektiva kommentar.

Detta är ett exempel, på något som inte är psykopedagogisk undervisning.

Psykopedagogisk undervisning, som växte fram främst under 1980-talet, betonade att aldrig påstå något om en familj eller om närstående.

Här följer ett exempel på hur psykopedagogisk undervisning skall ges:

1. Förbered er genom att ha ett antal studier eller forskningsresultat att utgå ifrån. Forskning om hur psykisk ohälsa drabbar familj eller närstående är lämpligast. Även förhållningssätt för närstående passar bra (Exempel finns i bilagor nedan).
2. Gå igenom varje påstående för sig. Förklara innebörden noga. Förklara också att det är forskningsgrundat material, som stämmer in på många, men inte på alla. Tycker en person att ett påstående stämmer, så tar vi upp detta till diskussion. Alla i familj, bland de närstående eller resursgrupp behöver inte vara överens.
3. Ta ett påstående, till exempel ”60 procent av alla närstående upplever att de blivit mer isolerade som en följd av XX:s sjukdom”. Fråga sedan ”Stämmer detta in på er?”.
4. Tänk alltid på att varje närstående, men också varje familj är olika. En närstående eller en familj som ni kan tycka är till exempel stresskänslig eller överbeskyddande, upplever kanske inte sig själv på detta vis.
5. Den här typen av undervisningsmaterial skapar mycket tankar, trots att de kanske inte just nu tycker att det mesta inte stämmer in på dem själva. Viktigt att därför återkomma minst ett ytterligare möte till materialet.
6. Lämna helst ut materialet eller studien någon vecka innan mötet. Det är stressminskande att närstående hinner förbereda sig och kanske till och med samtala om materialet med varandra.
7. Glöm aldrig att brukaren kanske behöver extra information om materialet. Lämpligt är att CM eller annan personal som är med på mötet med närstående, sitter ner enskilt med brukaren innan man träffar alla andra.

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

Vinsterna med psykopedagogisk undervisning är stora. Främst att brukaren och närstående förstår att det är vanligt med olika typer av problem eller svårigheter när man mår sämre. Att höra att 60 % av alla familjer/närstående blivit isolerade på grund av detta är exempel på det.

Det finns även stora fördelar att arbeta på detta psykopedagogiska sätt med flera närstående eller familjer tillsammans. Då kommer även andra aspekter in, som hur olika personer gör för att klara dessa svårigheter. Man ger alltså varandra tips, som oftast är användbara.

Mål med utbildningen

1. Det primära målet är att lägga grunden till och motivera till fortsatt stöd och vård. Utbildning sker lämpligen direkt efter utredning och överenskommelse (problemanalys), alltså tidigt i kontakten med brukare och resursgrupp/familj. I denna första del ingår kunskap om sjukdomen, problem, medicinering, psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser.
2. Viktigt att se brukaren som expert på sitt eget tillstånd vad gäller upplevelser och tidigare behandlingserfarenheter. CM har i denna del möjlighet att framstå som ärlig, rättfram och stödjande person med god och aktuell kunskap om behandling och sjukdom.
3. I denna del är det också lämpligt att diskutera resursgruppens eller familjens problemlösningsförmåga. Ofta kommer under utbildningsdelen en hel del information som är bra att fortsätta att arbeta med under problemlösnings-/målformuleringsdelen eller under kommunikationsträningsavsnittet. För det mesta är det bra att nöja sig med att säga att "detta fortsätter vi med när vi kommer till problemlösningsdelen". Men ibland kan det vara nödvändigt att genomföra en problem-

lösning eller kommunikationsträning innan man åter kan fortsätta att utbilda.

Metodik

1. När ni gör de enskilda intervjuerna får ni en del information om nuvarande kunskapsnivå. Viktigt att se till varje enskild individs kunskapsnivå. Är denna nivå mycket olika kan det behövas extra enskild tid för någon i resursgruppen. Låt då de som har en viss kunskap berätta extra. Eller gör det själv.
2. Var noga med att ni som utbildar själva är inlästa och kan innehållet ni ska förmedla. Även viktigt att känna till en del om aktuell forskning inom specifika områden.
3. Ytterst centralt att CM väl känner till brukarens symtom och behandling. Även eventuella svårigheter hos närstående, t ex hög-EE, är viktigt att känna till.
4. Utbildningen börjar lämpligen direkt efter utredningen och överenskommelsen, men den är också en fortlöpande process, där man när som helst som behov finns, kan lägga in utbildning.
5. Samtliga av de närstående eller de i resursgruppen ska kunna ta emot och förstå informationen som ges. Därför är det viktigt att hela tiden kontrollera att samtliga förstår och inte t ex börjar bli trötta. Ibland kan man ha längre pass, men från och till kan dessa vara kortare.

Material till utbildning

Använd olika typer av material som broschyrer, tidningsartiklar, videos eller egna kortare sammanfattningar av högt värde. Ju mer som är "lokalt" (t ex svenskt), ju bättre, visar undersökningar. Använd även blädderblock och låt gärna någon i resursgruppen anteckna.

Utbildningens upplägg

1. Informera direkt i början vad som ingår i utbildningen och vad som krävs av deltagarna.
2. Använd vardagligt språk. Undvik facktermer och jargonger.
3. Debattera inte diagnos, sjukdomsorsaker eller alternativa behandlingar i onödan. Bättre att dessa diskussioner tas när resursgruppen eller de närstående träffas med samtliga sina behandlare.

Psykopedagogisk Intervention

4. Var inte rädd att erkänna din okunskap om vissa saker. Lova istället att ta reda på vad som gäller. Men lovar du detta, måste du hålla detta löfte!
5. Använd brukaren som expert genom att låta henne/honom beskriva sina personliga erfarenheter. Använd även närstående för att beskriva sina erfarenheter som närstående.
6. Visa hela tiden tydlig uppskattning för varje ansträngning som brukaren, men även närstående gör. Även för småsaker.
7. Presentera varje del i utbildningen helt kort och låt sedan deltagarna presentera sina erfarenheter eller sina frågor kring denna del. Involvera samtliga av de närstående eller resursgruppen genom att gå laget runt.
8. Håll dig hela tiden lugn och neutral. Personlig men inte privat. Ta inte ställning om personer i gruppen tycker olika. Detta kan vara saker att ta upp senare under t ex problemlösningen eller kommunikationsträningen. Avbryt direkt alla personliga anklagelser eller hot.

Hemuppgifter till resursgruppsmötet

1. Be de närstående/resursgrupp att till nästa möte studera det ni talat om under denna. Be dem tänka på om de har frågor.
2. Börja direkt nästa möte med att fråga om de studerat det ni talade om och om de har några frågor på detta. OBS! Detta är mycket viktigt. Glömmer ni att fråga vid nästa möte faller processen och ni som utbildare kan ses som mindre pålitliga.

Tidiga varningstecken

Under senare år har användningen av resursgruppsmetodik spridits till brukare som inte har besvär som kommer i skov. Det kan till exempel gälla personer med neurologiska eller neuropsykiatriska handikapp. Metoden är till stor nytta även för dessa personer. På följande sidor i manualen presenteras arbete med Tidiga Varningstecken som riktar sig till dem som har besvär som

kommer i skov. Det gäller till exempel vid bipolär sjukdom, depression och schizofreni. Där finns oftast tidiga tecken på hotande återfall. Vid dessa tillfällen finns mycket att vinna på ett tidigt agerande av brukare och omgivning. I bästa fall kan återfallet hindras eller kanske mildras. Brukaren riskerar inte att i lika hög utsträckning att drabbas av det lidande som ett återfall ger. Skulle det inte lyckas att hindra en försämring kan åtminstone brukaren, de närstående och vård- och stödorganisationer vara förberedda på återfallet. Förmågan att upptäcka och reagera på tidiga varningstecken är alltså av stor betydelse.

Varningstecken är av flera slag. Olika stressreaktioner utgör varningstecken för flera tillstånd, t ex depression, mani, ångest och schizofreni. Vanliga tidiga symtom kan vara oro, sömn- och aptitstörningar, muskelspänning, irritabilitet och socialt undvikande. Vissa tillstånd har dessutom tydliga så kallade prodromala symtom, alltså sjukdomsspecifika tidiga symtom. Det gäller bland annat schizofreni. Viktigast är de individspecifika varningstecknen, alltså det typiska sättet som en viss person reagerar på. Dessa är oftast stabila för personen. Här är några exempel:

- Alla slags förändringar av vanor. Det gäller inte sjukdomssymtom utan bara saker som är ovanliga för en viss person.
- Ökning av ihållande symtom, alltså symtom som brukaren har då och då under en längre tid, trots god medicinerings (det kan vara vanföreställningar, kognitiva störningar och hallucinos).
- Reaktionen på stress. Det kan röra sig om förändrat tankeinnehåll (t ex ältande negativa tankar), ändrat stämningsläge, eller fysiologiska förändringar (spänningar, ökad hjärtfrekvens eller andning).
- Det personen gör för att skydda sig mot dessa tidiga symtom är också användbara varningstecken. Det kan vara isolering, överdriven sömn, sover dagtid men vaken på natten och så vidare.

Vid svåra livshändelser som dödsfall, förlust av relationer, olyckor mm reagerar de flesta av oss

med tidiga varningstecken. Även om reaktionen är helt rimlig skall den ändå ses som ett varningstecken för person med risk för återfall i ett allvarligt tillstånd. Den som lever under svåra omständigheter (arbetslöshet, dålig ekonomi, ensamhet, relationssvårigheter, missbruk mm) eller som saknar metoder att lösa dagliga problem, riskerar att drabbas av återfall även vid mindre allvarliga livshändelser.

I samband med de allra tidigaste tecknen på återfall har personer med psykos ganska lätt för att se vilka stressfaktorer de är utsatta för. Det gör det lättare att vidta specifika stressminskande åtgärder. Dröjer dessa kan brukaren förlora förmågan märka stressen och istället fastna i sina kanske skrämmande upplevelser. Dessutom kan viljan till samarbete avta. Det är alltså angeläget att vidta åtgärder snarast möjligt vid tidiga varningstecken för att stressminskningen skall fungera bra.

Fyll i formuläret för Tidiga varningstecken

Diskutera i resursgruppen hur alla har observerat varningstecken vid tidigare tillfällen. Brukaren själv har störst möjlighet att observera sina egna tankar och känslor, medan en yttre förändring kanske ses bäst av personer i omgivningen. De som möter brukaren i olika livsomständigheter kan se olika varningstecken. Kanske märks inte tecknen under ett kort besök hos en läkare, men kan däremot vara tydliga för vänner, närstående och boendestödjare.

Skriv gärna upp varningstecken som bara finns i en viss situation eller kan observeras av en viss person.

Begränsa antalet varningstecken till 3 – 4 stycken.

Beskriv brukarens tidiga varningstecken så tydligt och konkret det går. Skriv till exempel inte oro, utan hur oron yttrar sig: ”Kan inte se på TV en längre stund”.

Beskriv klart vad som skall göras när varningstecken visar sig. Första åtgärd är oftast att diskutera med anhöriga och att därefter ringa sin CM.

Fyll i namn på den eller de personer brukaren eller anhöriga kan kontakta om de observerat tidiga tecken (CM, läkare eller annan stödperson).

Fyll i vad brukaren vill att andra skall göra, när

de misstänker tidiga tecken.

Skriv upp vart brukaren och anhöriga kan vända sig om de inte får tag i CM.

Kontinuerligt arbete med tidiga varningstecken

Veckan efter det att blanketten fyllts i noterar brukaren förändring i sina varningstecken varje dag. Det görs även om det just nu inte finns några varningstecken. Syftet är att skapa en vana att observera förändringar som kanske kan vara varningstecken. Det görs enklast på blanketten Kontinuerlig Skattning. Skriv in varningstecknen istället för de rubriker som finns på blanketten (Symtom, Svårigheter i det dagliga livet, Stress). Ofta är det bra om CM, samt kanske någon i resursgruppen, hjälper till med skattningen under en kort stund varje dag. CM ökar medvetenheten om tidiga tecken genom att ta upp dem kortfattat tillsammans med brukaren och resursgruppen vid nästan varje träff. Vid dessa tillfällen är det lämpligt att brukaren tar fram sitt formulär och själv leder samtalet. Be brukaren om tillstånd att få ge ett exemplar till andra inom vård och stöd, som har nära kontakt med honom eller henne. Be närstående hänga upp en kopia i hemmet. Formuläret kan också förvaras vikt i brukarens plånbok. Även personer som inte ingår i resursgruppen kan också hjälpa till med tidiga varningstecken. Bestäm också om brukaren behöver hjälp att informera andra personer om hur varningstecken fungerar.

Vad kan man göra vid hotande återfall?

Två olika åtgärder har visat sig minska risken för återfall. Det gäller stresshantering (alltså metoder för att öka brukarens och anhörigas förmåga att hantera stress) samt medicinering.

1. Stresshantering ger god effekt om åtgärder vidtas inom en vecka. Den enklaste och oftast effektivaste åtgärden är att samla resursgruppen till en gemensam problemlösning kring hur man kan minska aktuell stress och ge bästa möjliga stöd. Daglig personlig kontakt samt

att minska aktuella krav är viktigt. Metoden kräver också att personal arbetarkrisinriktat, se avsnittet Hembaserad Krisintervention. Var beredd på att fysiologiska och kognitiva förändringar kan kvarstå en längre tid även om krisinterventionen lyckats bra.

2. Medicinering ökar brukarens förmåga att stå emot stress och förlänger tiden till akut insjuknande. En tillfällig ökning av medicindosen under ett par veckor kan behövas. Givetvis påverkar inte medicinering stressens orsaker och verkar inte heller skyddande mot långvarig olöst stress.

Bästa åtgärd är att omedelbart inleda stresshantering och att därefter lägga till medicinering om åtgärderna inte verkar få tillräcklig effekt inom några dagar. Varningstecknens styrka är en god mätare på insatsernas resultat. Följ varningstecknens styrka genom dagliga noteringar på blanketten Kontinuerlig Skattning. Är effekten tveksam så börja omedelbart med medicinering eller öka befintlig dos.

Exempel på hur man kan arbeta med tidiga varningstecken.

Nedan beskrivs ett arbete med tidiga varningstecken under tre träffar med brukare och resursgrupp.

Första mötet: Det kan vara en fördel om CM

först gör en noggrann genomgång av tidiga varningstecken vid ett samtal med enbart brukaren. Förklara vad tidiga varningstecken är och samtala kring fördelen med att undvika återfall. Lämna skriftligt material. Be brukaren fundera vidare över sina egna tidiga varningstecken till nästa möte.

Andra mötet: Träffa brukaren och hela eller delar av resursgruppen tillsammans. Ju fler som är bekanta med tidiga varningstecken, ju större är möjlighet att se tidiga varningstecken. Förklara återigen meningen med tidiga varningstecken. Lämna skriftligt material även till resursgruppen. Be även närstående och andra i resursgruppen tänka vidare på vilka tidiga varningstecken som kan uppkomma.

Tredje mötet: Hela mötet ägnas åt att diskutera och till sist fylla i formuläret. Specificera noga de personliga tidiga varningstecknen. Bestäm dem, om möjligt, även till tid och rum, inga svepande beskrivningar. Det bästa är om brukaren själv är sekreterare och fyller i formuläret! Gå igenom vilka andra personer som bör informeras om brukarens tidiga varningstecken. Givetvis måste brukaren godkänna vilka som skall ta del av innehållet.

Arbetsblad: Tidiga varningstecken

Namn: _____

Mina tidiga varningstecken är:

1 _____

2 _____

3 _____

Om något varningstecken uppkommer, skall jag:

1 _____

2 _____

3 _____

Min CM (och/eller annan behandlare) heter:

_____ Telefon: _____

Min behandlande läkare heter:

Om andra personer upptäcker att jag visar tidiga varningstecken vill jag att de omedelbart:

Om CM inte går att få tag i så kontakta:

_____ Telefon: _____

Hembaserad krisintervention

Introduktion

Denna hembaserade krisintervention startas

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

Exakt hur krisinterventionen genomförs är beroende av en massa olika faktorer. Framst så klart hur brukare och närstående mår, men även vilka orsaker som ligger bakom krisen.

Metodik vid hembaserad krisintervention

1. Gör en analys av problemet eller krisen
Vad är det viktigaste problemet eller svårigheten just nu?

Skilj på brukarens problem och *andras* problem som beror på brukarens symtom/beteende.

Intervju med brukare och närstående/resursgrupp:

- Vad har hänt?
- Vad har förändrats?
- Försök att få fram en *detaljerad beskrivning* av upplevelse/symtom eller reaktioner på symtom och vad som kan ligga bakom, ha utlöst det hela.
- Hur ofta märks eller känns symtom/beteende/ reaktion (frekvens)?

- Hur starka är symtom/beteende/reaktion (intensitet)?
- Vad hjälper/lindrar respektive förvärrar symtom/beteende/reaktion (modifierande faktorer)?

Koncentrera intervjun på det viktigaste problemet/symtomet. Det kan ibland vara en fördel att dessa samtal görs individuellt, börja i så fall med brukaren.

Vi har dock mycket att vinna på en öppen kommunikation, så om möjligt, ha även med närstående.

2. Diagnostisk analys

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

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

Tecken på belastning är t ex krissymtom eller subjektiva uttryck för att man kört slut på sina krafter.

- Är situationen i hemmet en allvarlig belastning för brukare och/eller närstående?
- Informellt stöd tillräckligt; mat, hygien mm?

-
- Övervakning, tillsyn
 - Bidrar miljön i bostaden till att lindra eller att försämra tillståndet?
 - Skulle en förflyttning av personen förbättra situationen för alla?
 - Skulle en förflyttning av personen lindra eller förvärra/försvåra?
 - Skulle en förflyttning av personen gagna eller belasta närstående?

4. Analys av vad som skall mätas och hur

- Vanligast att tätt följa upp är sömn eller symptom. Använd gärna en skattningsskala eller improvisera fram något sätt att mäta tillsammans.
- Analys av resursgruppens aktuella resurser (inkl alla professionella).

5. Åtgärder

Beroende på situationen och tillgängliga resurser behöver du troligen ganska omgående konsultera ditt team, inkl medicinskt ansvarig läkare. Någon eller några dellösningar kan säkert göras direkt i början innan du lämnar brukare och närstående

Den optimala situationen finns kanske inte alltid beroende på olika faktorer. Det bästa är givetvis om vi kan genomföra krisinterventionen direkt på plats. Vilket kan innebära att ansvarig läkare finns med.

6. Information

Samtalet fortsätter med att du sammanfattar din analys för brukaren och resursgrupp.

Fråga om den stämmer. Informera om symtombilden och ge en preliminär bedömning, eventuellt i diagnostiska termer.

Det kan vara lämpligt att åter informera om brukarens stresskänslighet och reaktioner på påfrestningar.

7. Problemlösning

Låt i första hand de närstående/resursgruppen själva problemlösa. Om detta av olika skäl inte går måste CM leda samtalet. Efter noggrann problemformulering (som påbörjats tidigare enl ovan) kan du också vara med och ge förslag om det behövs. Var noga med att värdera för- och nackdelar samt förväntade resultat av lösningsförslagen. Gör inte något som brukare och närstående/resursgrupp själva kan genomföra.

8. Genomförande av lösningen

- Vet alla vad som ska göras?
- Finns risk att någon avkrävs en uppgift mot sin vilja?
- Gör en första handlingsplan (kontrakt).
- Görs skriftligt, ju noggrannare desto bättre.
- Bedömning av viktigaste problem/symtom.
- Åtgärder som klienten ska utföra (specifikt).
- Åtgärder som närstående ska utföra (specifikt).
- Åtgärder kontaktperson och andra i det professionella nätverket ska utföra (specifikt).
- Skriv också ned när och var uppföljning ska ske (tid och plats).
- Handlingsplan för akut tillgänglighet dygnet runt. Var kan man få stöd dygnet runt?

Nedan finns ett exempel på hur en fritt utformad handlingsplan/krisplan kan se ut.

Arbetsblad: Handlingsplan/krisplan

Brukare namn: _____ Datum: _____

Följande ska brukaren göra:

1 _____

2 _____

3 _____

Följande ska resursgruppsmedlem (namn _____) göra:

1 _____

2 _____

3 _____

Följande ska resursgruppsmedlem (namn _____) göra:

1 _____

2 _____

3 _____

Följande ska CM (namn _____) göra:

1 _____

2 _____

3 _____

Följande ska CM (namn _____) göra:

1 _____

2 _____

3 _____

Aktuell behandling inkl medicin: _____

Uppföljning av dessa beslut görs (datum): _____

Exempel på hur denna blankett kan se ut ifyllt:

Brukare: David Datum: 201209

David:

1. Tar medicin enl ordination, dosett används.
2. Talar om för föräldrar när symtom på X ökar
3. Går till kommunens dagverksamhet en stund varje förmiddag
4. Ringer till nattpersonal om du vaknar och inte somnar om. I andra hand väcka mamma eller pappa.

Mamma (Maj):

1. Inte lämna David ensam hemma, gäller t o m 20120901
2. Väcka David kl 8 varje vardag för att han ska hinna till dagverksamheten
3. Höra med David ang medicin och ev påminna om denna
4. Kontakta team/jourpersonal vid försämring som man inte klarar själva

Pappa (Bengt):

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

CM (Sven):

1. Daglig kontakt enligt särskilt schema som överenskommes dag från dag, nästa resursgruppsmöte 20120902 kl 11.
2. Följa upp medicinering, kontrollera biverkningar.
3. Förmedla kontakten med Davids doktor och ordna ett hembesök före 200528.

Aktuell medicinering: Tabl. Zyprexa 7,5 mg, 1 tabl på morgonen.

Stresshantering

Ett övergripande mål för Case Management och resursgruppsarbete är att minska belastningen på brukaren och resursgrupp, alltså att minska stress. Alla åtgärder som beskrivs i manualen har detta syfte. Här gör vi endast några specificeringar kring stressbehandling. Om du arbetar med andra metoder för att minska stress kan du troligen använda även dessa. Du kan även få en mängd goda tips från den omfattande litteraturen kring stresshantering.

Vi definierar här stress som den påfrestning individen utsätts för i samband med anpassning till förändringar. En sådan bred definition blir meningslös i behandlingsarbete om den inte baseras på en noggrann analys av varje individs förmåga, kognitioner, reaktioner och yttre krav. Stresshantering kan under dessa förutsättningar inte vara en allmän lösning för all individens och de närståendes stress. Den skulle bli alldeles för omfattande och urvattnad. Med stresshantering avser vi mer en inriktning och hållning än en behandlingsmetod. Stresshantering kan heller inte avgränsas från övriga biologiska, sociala och psykologiska interventioner.

Grunder i stresshantering

Att upptäcka stress

Många personer med allvarligare psykiska störningar har svårt med sin kroppsfeedback. Ett sätt att upptäcka stress är att märka förändringar i kropp, tankar och känslor. Inte sällan är personal och närstående bättre på att notera spänning och oro än brukaren själv. Hjälpt brukaren att uppmärksamma förändringar.

Närstående, resursgruppen och brukaren kan ha stor nytta av att föra en enklare dagbok (*Se Arbetsblad för stresshantering*). Händelser och reaktioner noteras för att vi senare skall kunna fastställa samband i en gemensam diskussion. Vilka situationer utlöser stress, vilka är reaktionerna och deras följd effekter? Vi kan även upptäcka stress genom en omfattande problemanalys som görs av CM till-

sammans med brukaren och resursgrupp. Kunna förutse vad som händer om stressen inte löses. För att öka motivationen har vi en gemensam diskussion om eventuella risker av fortsatt stress.

Åtgärder

1. Inled med att hela gruppen sammanfattar sina iakttagelser om utlösande faktorer och stressens konsekvenser.
2. Gör en individuell målformulering för var och en, samt en gemensam för hela resursgruppen.
3. Gå igenom vad som redan görs för att minimera stress. Hur fungerar det? Finns det sådant som kan göras mer effektivt? Vilka negativa konsekvenser har nuvarande metoder?
4. Använd problemlösning (se manualens kapitel Att uppnå mål och lösa problem). Var noga med att ta små steg. Hur kan vi gradvis minska stressande intryck eller öka avslappnande, glädjande och problemlösande aktiviteter?
5. Behövs en större förändring av dagsaktiviteterna? Gör ett aktivitetsschema som innehåller små gradvisa förändringar med tillräckligt omgivningsstöd.
6. Rollspela tillsammans med brukare och resursgrupp för att öka förmågan till kommunikation och för att bättre kunna genomföra beslutande åtgärder.
7. Glöm inte att ge hemuppgifter. De står för en stor del av effekten.
8. I de flesta fall bör man komplettera med metoder för att dämpa fysiologin. Det kan vara avslappningsövningar (även vid schizofreni), motion eller schemalagd vila.
9. Med hjälp av kognitiva interventioner kan individens och gruppens krav och förändringar analyseras och bli mer realistiska.
10. Utvärdera. Gå igenom tillsammans med hela gruppen vad som gjorts och vilka effekter som observerats. Ge alla erkännande för deras ansträngningar, även om de inte lyckats så bra. Be alla ge sina åsikter om önskvärda förbättringar av strategin.

Glädje och nätverk

Stresshantering innebär inte bara att minska påfrestningar. Minst lika effektivt är att öka glädje och personligt nätverk.

Glädje: Inventera vad som tidigare givit glädje och vad som ger glädje nu. Går det att börja med denna aktivitet igen, öka eller utveckla? Arbeta i små steg. Betona att glädjen är ett resultat av längre tids aktivitet, inte en förutsättning. Man kan alltså inte alltid avgöra glädjen i en viss aktivitet förrän den prövats några gånger. Komplettera gärna med strategierna vid negativa symtom som finns i ESL (Ett Självständigt Liv) – Steg för Steg.

Nätverk: Personliga nära kontakter har en kraftigt stressminskande effekt. Ta fram sociogrammet från analysfasen. Var, när och hur sker önskvärda kontakter? Vad är det främsta hindret till fördjupade kontakter? Hur kan vi bidra?

Här är några exempel på hinder och kortfattade förslag på stödåtgärder:

Felaktiga förväntningar eller målformulering (ser inte begränsningarna i den egna situationen). En del brukare avvisar a priori kontakt med andra som har psykiska störningar. Analysera kunskap, erfarenheter och attityder. Använd kognitiva sokratiska frågor. Föreslå att brukaren gör små försök i utredande syfte, till exempel att besöka ett dagcenter. Rollspela troliga situationer för att förbereda brukaren.

Social fobi (rädsla för att göra bort sig). Kognitiv terapi, rollspel och försiktig exponering. Modern behandling är vanligtvis framgångsrik.

Skam för psykiska problem. Ge information, ta upp problemet i resursgruppen. Öva rollspel kring att informera andra om sina besvär och symtom. Arbeta med gradvis exponering av att befinna sig på platser som känns utsatta.

Depressiv uppgivenhet. Aktivitetsökning i små steg inom angelägna områden. Gemensamma aktiviteter är oftast en bättre början än samtalsituationer.

Ekonomiska problem. Problemlösning kring kontakter som kostar mindre.

Funktionsbrister (svårt att inleda samtal, hitta nya samtalsämnen, distanslöst tal). Använd ”social skills training”, kanske delar av ESL – Vardags-samtal.

För låg beteendefrekvens för att skapa positivt utbyte. Långsam aktivitetsökning med hjälp av hemuppgifter. Viktigt med aktivt deltagande och stöd från andra i början.

Aggressiv framtoning. Feedback, självkontrollmetodik. Videoanalys och rollspel.

Ihållande psykosymtom, till exempel paranoida symtom. Nya kognitiva/beteendeterapeutiska metoder ger ofta god effekt. En enkel variant finns beskriven i ESL – Lär dig klara dina symtom.

Checklista för stressreducering

Listan används som ett underlag till problemlösning och diskussioner med brukare och resursgrupp. Gör gärna en egen förbättrad och längre lista.

- Motion
- Våga/orka säga nej till krav
- Stödsamtal med personal
- Vila en kort stund på dagen
- Skriva kom-ihåg-listor
- Spela eller lyssna på musik
- Planera in glädjande framtida aktiviteter
- Vara i naturen
- Diskutera ditt veckoschema med någon du litar på
- Träna dig att uppmärksamma vackra och intressanta saker i din omgivning
- Leka/passa/sköta husdjur
- Göra något som gläder andra
- Gå på bio/konserter/teater
- Egen skapande verksamhet
- Bejaka dina brister (t ex att man är intrycks-känslig)
- Promenader
- Delta i gruppverksamhet
- Bara lyssna intresserat till andra (utan att behöva säga så mycket)
- Läs böcker
- Avslappning
- Ringa någon varje dag
- Nöja sig med ett litet steg mot ett viktigt mål
- Laga god mat

Arbetsblad: STRESSHANTERING

Namn: _____

Datum: _____

Situationer jag kan bli stressad av

Platser jag kan blir stressad av

Personer jag kan bli stressad av

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

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

Övrigt: _____

Kommunikationsträning

Introduktion

Att kunna tala med varandra inom familjen och med sina närstående om allting, såväl viktiga saker som bagateller, är av stor betydelse för att familjen skall kunna fortsätta att fungera som en familj. En bra kommunikation gör det lättare att tillsammans lösa problem och klara vardagens stress. Om familjemedlemmarna eller de närstående talar med varandra på ett tydligt, klart och empatiskt sätt minskar risken för missförstånd, gräl, kritik eller att man slutar diskutera med varandra om angelägna saker. Förbättrad kommunikation medverkar också till att brukaren klarar sina besvär och problem på ett bättre sätt. Motsatt ökar en bristande kommunikation risken för återfall.

Också i resursgruppen är god kommunikation viktig. Även om samtalen där ofta är mindre emotionella, måste man kunna förstå varandra. Målet för arbetet kan vara att öka hela gruppens kommunikationsförmåga – eller att arbeta endast med brukarens förmåga och då ha den övriga gruppen som stöd och övningsplats.

Mål och syfte

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

Kommunikationsträningens moment

När vi arbetar med kommunikation vill vi helst att samtliga som lever ihop eller har en tät vardagskontakt skall delta. Det underlättar generalisering

av ny kunskap om arbetet sker där deltagarna brukar ha sina samtal, kanske i köket eller framför teven. Metod I början av din kontakt med familjen eller de närstående förklarar du att vi brukar gå igenom kommunikationsträning med alla. Även med dem som inte har några svårigheter inom området. Familjen eller de närstående får själva bestämma hur mycket tid som ägnas åt avsnittet, men först efter det att området presenterats under en eller två resursgruppsmöten. Om en grupp eller familj inte anser sig ha behov av kommunikationsträning trots att du som terapeut tycker det, ber du att få återkomma till detta avsnitt senare. Frånsett den genomgång som görs med alla resursgrupper, kan du återkomma till kommunikationsträningen närhelst det är lämpligt. Kommunikationsträning, liksom det mesta i manualen, bygger på inläring och pedagogik. CM är läraren som skall hjälpa deltagarna att öva in en ny förmåga. Du skall få dem att undvika tjt och kritik för att istället arbeta med positiv uppmärksamhet. Detta gäller såväl under resursgruppsmötena, som i familjens eller de närstående och brukarens vardag. Förklara för familjen eller resursgruppen att vi börjar med enklare övningar. Kommunikation är svårt för nästan *alla*.

Fem *kommunikationsmoment* har visat sig speciellt värdefulla att behärska för att reducera stress och klara problemlösning:

- Visa uppskattning
- Be om något på ett positivt sätt
- Uttrycka negativa känslor (t ex ilska, irritation och besvikelse)
- Aktivt lyssnande
- Göra en kompromiss

Förändringar inom dessa områden kräver stort tålamod samt upprepad övning. Det är inget familjen eller gruppen lär sig på en gång. CM måste vara beredd att arbeta med dessa frågor under lång tid, på många olika sätt och med hjälp av många exempel och rollspel. Den nuvarande kommunikationen har ”övats in” under många år och blivit fastetablerad i familjen eller bland de närstående och är mycket svår att bryta utan aktiv hjälp uti-

från. Det gäller dock att sätta rimliga mål – även mindre förändringar vad gäller kommunikationsförmågan kan ha avgörande inverkan på familjens eller de närståendes och brukarens livskvalitet.

Beskrivning av de olika momenten:

Att visa uppskattning: Personer som upplevt stora svårigheter i sitt liv ser ofta bara problemen omkring sig och glömmet det som är eller har varit positivt. Men om man lär sig att uppmärksamma det positiva i andras dagliga handlingar ökar snart känslan av samhörighet och glädje – och man ger också andra en bättre självkänsla. Dessutom är det troligare att andra personer upprepar det som var bra, om de får reda på att vi tycker om det.

Att be om något på ett positivt sätt: Nästan dagligen vill vi att andra skall göra något eller att de skall ändra sig på något sätt. Använder vi tjat, hot eller utnyttjar deras skuldskänslor minskar möjligheterna att få som vi vill och vi skapar lätt en otrevlig stämning. Att be om saker på ett positivt sätt är betydligt effektivare. Det är inte alltid säkert att vi får igenom vår vilja för det, men vi har i alla fall minskat risken för att sära eller stöta oss med andra.

Att uttrycka negativa känslor: För att kunna lösa ett problem måste man veta vad problemet är. När andra människors sätt att vara och bete sig utlöser en negativ känsla hos oss, är det viktigt att de får reda på hur vi reagerar. Om vi då tydligt säger vad vi tycker, så kan vi tillsammans reda ut missförstånd eller hitta lösningar. Det gör det lättare att leva ihop eller att umgås. Att tjata, anklaga, hota eller ironisera är mindre effektivt och gör stämningen sämre. Om du istället, så klart du kan, beskriver dina känslor och vad som utlöst dem, så ökar möjligheten till en positiv lösning.

Aktivt lyssnande: Ofta är det svårt att förklara vad man egentligen vill. Det kan också vara svårt att ta upp och beskriva problem för andra. Den som lyssnar aktivt på andra förstår bättre och kan även hjälpa andra att tänka klart och att uttrycka sig tydligt. Då blir det lättare att hitta lösningar, göra upp planer och undvika missförstånd.

Göra en kompromiss: Det är inte alltid man får

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

Träna de olika momenten med hjälp av arbetsbladen som följer!

Vi arbetar med ett av de fem kommunikationsmomenten i taget: *Visa uppskattning*

– *Be om något på ett positivt sätt* – *Uttrycka negativa känslor* – *Aktivt lyssnande* – *Göra en kompromiss*.

Vid arbete med ett i taget, används ungefär följande arbetsgång:

1. Diskussion övergripande om t ex att visa uppskattning.
2. Genomgång av familjens eller resursgruppens nuvarande förmåga.
3. Gå igenom stegen för momentet, som finns här nedan.
4. Öva stegen med hjälp av rollspel.
5. CM och övriga i resursgruppen ger positiv feedback och förslag på förbättringar.
6. Eventuellt upprepade rollspel efter förslag på förbättringar.
7. Ge de närstående/resursgruppen hemuppgift. Tydligt och exakt, gärna skriftligt.
8. Kontinuerlig utvärdering vid varje möte. Hur fungerar dessa moment?

Ett exempel

Vi tar momentet *Visa uppskattning* som exempel och använder oss av de olika teknikerna i arbetsgången ovan:

1. Diskussion

Hela gruppen diskuterar fördelar med att tydligare visa varandra uppskattning. Ställ frågor som; vad kan ni vinna på att visa varandra uppskattning lite oftare? CM sammanfattar diskussionen.

2. Genomgång av familjens/resursgruppens nuvarande förmåga

Berätta vad du kommit fram till under de enskilda intervjuerna och bedömningen. Betona deras starka sidor. Ge gärna levande exempel. Är du osäker på medlemmarnas förmåga, fråga vad de själva anser.

Be familjen hitta exempel på situationer där någon förväntat sig lite mer uppskattning.

Låt ingen kritisera någon annan. Betona att vi tar upp de olika momenten för att vi alla skall bli bättre på dem. Uppmana gärna deltagarna att visa vad som hände i ett kort rollspel.

3. Gå igenom stegen för momentet

För varje kommunikationsmoment finns ett antal övningssteg, som visar vanliga (men inte nödvändiga) sätt att klara god kommunikation

(se arbetsblad;

1. *Visa uppskattning*
2. *Be om något positivt på ett positivt sätt*
3. *Utryck negativa känslor*
4. *Aktivt lyssnande*
5. *Göra en kompromiss*

Betona att stegen är förslag och be deltagarna testa dem innan de avvisas. Ge varje

deltagare en kopia på sidan med de olika stegen. Gå kort igenom varje steg. Det är ofta enklare att CM själv modellerar ett exempel som kommer från familjen, istället för att bara beskriva.

4. Öva stegen med hjälp av rollspel

Stötta och sufflera vid behov. Detta innebär att du som CM viskar, påminner och stöttar personen att klara övningen. Det viktiga är att alla lär sig följa de olika stegen. Att använda sig av modell (någon annan i resursgruppen går in och rollspelar) är också vanligt under dessa rollspel. På så sätt får man flera exempel på hur det kan gå till. Närstående är oftast mer effektiva modeller än CM. Avbryt försök från övriga att sabotera rollspelet.

5. Ge positiv feedback och förslag till förbättringar

Hjälp varje person att klara de olika stegen. (Se på personen; Säg klart vad

det var du uppskattade; Berätta kort hur det känns). Uppmana dem att ge feedback, men håll den ganska strikt till följande frågor:

- ”Vad tyckte ni att NN gjorde bra?”

- ”Vilka steg fanns med?”

När alla starka sidor klargjorts, frågar du efter eventuella förbättringar.

- ”Vilka steg kan läggas till?”
- ”Hur?”

6. Ev. upprepade rollspel

Denna gång genomförs rollspelen helst utan modellering och med minsta möjliga stöd från CM. Föreslå deltagarna att göra små förändringar att se om det känns annorlunda.

Det är alltid lättast att endast ändra en sak åt gången. Efter detta rollspel är det mycket viktigt att ge positiv feedback. Du kan även ge feedback på sådant som kan bli bättre.

7. Hemuppgift

Även om kommunikationsförmågan fungerar under resursgruppsmötet, betyder det inte att den verkligen används i det dagliga livet. Genom att ge hemuppgifter ökar möjligheten att förmågan används även i vardagen. Hemuppgiften beslutas av de närstående/resursgruppen och CM tillsammans och ges alltid i kortfattad skriven form. Be de närstående/resursgruppen att sätta upp hemuppgiften, och gärna även det arbetsblad ni för tillfället håller på med, på ett väl synligt ställe i hemmet. I början av följande möte sker en genomgång av hur man lyckats med hemuppgiften. Beröm samtliga för varje ansträngning, även då det inte gått så bra. Det viktiga är att de försökt och ansträngt sig. Be dem gärna visa upp vad de gjort med hjälp av ett kort rollspel. Rapport om hemuppgifter är CM primära metod att följa resultatet av terapin.

Hemuppgift för Visa uppskattning: Be alla som vistas på ett visst ställe (till exempel i brukarens hem) att anteckna på listan när de uppskattar något. Vi noterar alltså både att positiva handlingar har utförts och att dessa har uppmärksammats av andra. I slutet av kapitlet finns blanketter med förslag till hemuppgifter.

8. Kontinuerlig utvärdering av varje möte

Vid slutet av mötet noterar CM enskildas kompetens inom kommunikationsområdet, vilket kort diskuteras tillsammans. Allt material du använder är hela tiden öppet för alla i resursgruppen. Fyll

gärna i formulären i resursgruppens närvaro. Förklara vad du gör och besvara eventuella frågor. En del brukare och närstående väljer att ha pärmen med formulär och utvärderingar hemma hos sig, för att kunna studera mellan mötena, vilket är något vi rekommenderar. Det är enklare att följa sekretesslagstiftning om brukaren själv eller närstående har hand om materialet.

Tänk på:

- Ofta är det nödvändigt att ägna flera möten åt en viss kommunikationsförmåga. Dessutom är det vanligt att återvända till ett ämne flera gånger under arbetet, trots att man kanske är inne i en annan fas för tillfället.
- Avbryt omedelbart allt bråk och alla påhopp i resursgruppen. Fokusera istället på strukturen, inte innehållet. Vid behov, gå istället över till krisinriktad problemlösning. När ni övar på metodik och struktur kan det vara svårt att ta upp konfliktämnen med närstående. När ni i början tränar på metodiken är det viktigt att fokusera på strukturen, inte på innehållet i ämnet som tas upp.
- Stoppa bestämt alla förklaringar, svar eller försvar på till exempel övade uttryckta negativa känslor. Betona att vi just nu övar oss på att uttrycka, inte att lösa problem av olika slag.
- Ge konstruktiv feedback på hur familjemedlemmar klarar att hålla strukturen.

Visa uppskattning:

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

Be om något på ett positivt sätt:

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

Uttrycka negativa känslor:

(ilska, besvikelse, irritation)

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

Aktivt lyssnande:

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

Göra en kompromiss:

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

Ett sätt att hitta en lämplig kompromiss är att använda problemlösning som vi tar upp i nästa kapitel.

Arbetsblad: Vem gör något du tycker om?

| Dag | Vem gjorde något du tyckte om? | Vad exakt gjorde den andra personen? | Vad sa du då? |
|---------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Måndag | | | |
| Tisdag | | | |
| Onsdag | | | |
| Torsdag | | | |
| Fredag | | | |
| Lördag | | | |
| Söndag | | | |

Arbetsblad: Be om något på ett positivt sätt!

| Dag | Vem bad du göra något? | Vad bad du den personen göra? |
|---------|------------------------|-------------------------------|
| Måndag | | |
| Tisdag | | |
| Onsdag | | |
| Torsdag | | |
| Fredag | | |
| Lördag | | |
| Söndag | | |

Använd gärna fraser som:

Jag vill gärna att du.....

Jag skulle bli glad om du ville.....

Det är viktigt för mig att du.....

Arbetsblad : Aktivt Lyssnade

Sekreteraren sätter ett kryss varje gång någon ställer en klagörande fråga. Frågorna kan gälla allt. T ex fakta, idéer, tankar, känslor. Det är bra om ämnet för övningen rör ett problem eller en målsättning.

Namn på sekreterare:

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Namn på deltagarna | | | | | |
| Antal klagörande frågor (sätt ett streck för varje fråga) | | | | | |

Nå mål och lösa problem

Ett viktigt syfte med resursgruppsarbete är att underlätta för brukare och deras närstående att uppnå sina önskade mål och att kunna lösa aktuella problem. En tydlig metod för att nå mål och lösa problem är ett gott stöd till brukare, närstående och hela resursgruppen. Strukturen stödjer analys av situationen och det gemensamma utforskandet av allas resurser. Den gör också att alla arbetar i samma riktning och med samma sak. Strukturen ger vidare tydlighet och underlättar uppföljning av resultat. Självkänslan och tilltron till den egna förmågan ökar, när man ser att det faktiskt går att klara en del svårigheter. Det är också viktigt för självkänslan att inte enbart bli föremål för andras välvilliga stöd och behandling, utan att själv få bidra och vara en del av lösningen. Ytterligare skäl till att använda en strukturerad metod är

- Att brukare kan ha kognitiva störningar, som t ex försämrar koncentrationsförmåga och ut hållighet.
- Att kunna se fler möjligheter vid påfrestningar av olika slag (stress, konflikter, kriser).
- Att emotioner blockerar tanke och handling.

Det är viktigt att förstå att all förändring är en process, i många fall över lång tid. Det är viktigt att uppmärksamma de små förbättringar som sker. Ännu viktigare är att se och förstå *viljan till förändring* och de *ansträngningar* som görs, utan att det märks så mycket eller att resultaten blir så stora. Som vi tidigare nämnt, är det en stor fördel att så snabbt som möjligt introducera och få igång en aktivt arbetande resursgrupp.

Deltagarna i gruppen bör väl känna till metodiken som används för att lösa problem och uppnå mål. De kan då delta på ett kreativt sätt i kommande diskussioner och planering, inom resursgruppens ram, men också i de individuella kontakterna. Du kanske väljer att arbeta mycket strukturerat med de närmaste närstående och får då i ett senare skede introducera andra personer som brukaren – och du som CM – gärna vill ska, eller av andra skäl bör, ingå i resursgruppen.

Vi beskriver här Falloons ursprungliga modell för problemlösning i familj. Nödvändiga juste-

ringar i metodiken får naturligtvis göras utifrån varje situation. Det kan vara stor skillnad mellan hur vi arbetar med en nyupptäckt brukare med psykotiska symtom – och när vi introducerar resursgruppsarbete, där brukaren haft kontakt med vården under lång tid, kanske många år. Det blir också skillnad i de fall där brukaren flyttat hemifrån, men ändå har en nära relation till sina närstående.

Försiktighet bör iakttagas vid följande problemområden och situationer:

- Relationsproblem mellan makar, som inte bedöms orsakade av någons psykiska störning, hänvisas till familjerådgivning eller motsvarande, eller till en behandlare som inte är involverad i det aktuella fallet.
- Vid specifika svårigheter (t ex tvång och panik) är det bättre att använda verifierad metod – vid ångest kan problemlösning öka undvikande beteende.
- Innehållet i brukarens vanföreställningar och hallucinationer tas med fördel upp i den individuella kontakten med hjälp av verifierad metodik.
- Vid akut panik, psykos eller kristillstånd och när brukaren är helt fokuserad på egna upplevelser.
- Intimare relationer, som t ex vuxna barns sexuella kontakter. Beroende på gruppens sammansättning. Om t ex personer från resursgruppen deltar, måste brukarens integritet skyddas mera. Innehållet i resursgruppsmötena inriktas då mer på mål och planering.

Metodik vid arbete med mål och problemlösning

Först beskrivs metodiken och därefter vanliga svårigheter med denna metod. Använd följande steg i resursgruppsarbetet som beskrivs utförligt i texten längre fram:

- Analysera brukarens och närståendes förmåga att lösa problem och uppnå mål. Förbered dig själv noggrant.

- Motivera
- Genomgång av nuvarande funktion
- Beskriv stegen i problemlösning
- Upprepade övningar – rollspel – feedback

Motivera brukaren och de närstående till att arbeta med mål och problemlösning. Börja med att motivera varför det är bra, att på ett mera strukturerat sätt försöka att lösa problem och hur det kan underlätta för dem att klara av vardagens svårigheter och uppnå sina önskade mål. Till exempel: ”När vi vill uppnå mål eller lösa problem, är det en fördel om vi kan uttrycka våra känslor på ett sätt som andra kan förstå. Det är också av stor betydelse att vi kan sätta oss ner med andra, t ex vår familj och våra vänner, och diskutera igenom olika frågor. En sådan diskussion ger mest om vi har en bra metod, som gör att vi kan koncentrera oss på problemet och om vi dessutom kan komma fram till en plan på hur vi skall göra. Under de kommande träffarna skall vi lära oss en sådan stegvis metod, som visat sig vara till stor hjälp när man löser problem”.

Försök att engagera de närstående redan från början. Fråga t ex hur de tror att ett gemensamt samtal kan underlätta för dem att lösa vardagsproblem och uppnå mål. Fråga också hur ett sådant samtal kan läggas upp. Någon kanske har erfarenhet från sitt arbete av hur strukturerad problemlösning kan genomföras. Det är viktigt att göra klart för brukaren och de närstående redan från början, att det är de själva som ska arbeta med sina svårigheter. Tala om för dem att: ”för att det ska fungera bättre, bör en av er leda samtalet och en annan föra lite anteckningar. Ni kommer då att kallas ”ordförande” respektive ”sekreterare”.

Det är vanligt att CM dras in i diskussionen, genom att någon t ex ger förslag och samtidigt tittar på CM för att se om förslaget gillas eller förkastas. Var tydlig i att du inte deltar i deras samtal. Du kan enkelt markera detta, t ex genom att flytta din stol en liten bit bakåt eller sätta dig i en annan del av rummet. Hjälps och stöds de närstående genom att tala till eller på annat sätt kommunicera med ordföranden under tiden de arbetar i rollspel.

Genomgång av nuvarande funktion

Börja med att ge alla en kopia Arbetsbladet Att uppnå mål och lösa problem. Beskriv kortfattat

de sex stegen för att ge en överblick. Gör därefter en mer detaljerad genomgång av varje steg. Ge gärna exempel ur din egen erfarenhet.

Steg för att nå mål och lösa problem

1. Klargör målet eller problemet
2. Förslag på möjliga lösningar
3. Diskutera alla förslag
4. Välj den ”bästa” lösningen
5. Planera och genomför
6. Följ upp resultatet

Hur noggrann genomgången blir, avgörs av hur du bedömer situationen och vad gruppen kan ta in av information. Ta hänsyn till den som har svårast att processa information. Brukaren kan t ex ha kognitiva störningar som minnes- eller koncentrationssvårigheter. I slutet på varje avsnitt finns stycken satta i mindre stil. Avsikten är att ge förslag till fördjupad diskussion om någon eller hela gruppen har svårt att se meningen med respektive steg. I de flesta fall behöver dessa extra avsnitt inte användas.

1. Klargör målet eller problemet

Går det att omformulera till ett mål? I så fall, gör det! Låt det gärna få ta lite tid. Använd aktivt lyssnande för att klargöra problemet. Även andra kommunikationsfärdigheter kan med fördel användas, t ex:

- *Uttrycka negativa känslor för att kunna framföra problemet.*
- *Visa uppskattning, passar bra när någon kommer med en bra idé.*

Försök få alla att ena sig om vad som är problemet (gäller främst ordföranden). OBS: Om andra personer är viktiga för att nå målet eller lösa problemet kan du ställa följdfrågor för att göra det tydligare för brukaren och närstående: Vad tycker de? Hur känner de sig? Är det möjligt att de känner på ett annat sätt än du tror? Vilka är till hjälp eller hinder? Skriv sedan ned målet eller problemet.

2. Be resursgruppen/de närstående diskutera fördelarna med en noggrann beskrivning av problem och mål.

3. Sammanfatta

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

4. Förslag på möjliga lösningar

Alla idéer, både bra och de som tycks vara dåliga, skrivs upp. Avstå så långt det går från att värdera lösningarna, det gör vi senare. Diskutera inte heller hur de kan genomföras, det gör vi också senare. Alla inbjudna ska komma med minst ett förslag. Vi lyssnar på alla förslag och skriver upp dem. Minst fem förslag bör ges.

5. Be resursgruppen/de närstående diskutera fördelarna med att lista möjliga lösningar utan att värdera dem omedelbart och utan förutfattade meningar.

Arbetsblad: Nå mål och lös problem

STEG 1: VAD ÄR MÅLET ELLER PROBLEMET?

Beskriv målet eller problemet så klart som möjligt. Ta tid på dig!

STEG 2: SKRIV NED ALLA MÖJLIGA LÖSNINGAR

Skriv ned alla idéer. Fundera inte nu på för och nackdelar.

STEG 3: FÖR OCH NACKDELAR MED VARJE FÖRSLAG

Gå snabbt igenom listan. Ta upp de viktigaste för- och nackdelarna.

STEG 4: VÄLJ DEN "BÄSTA" LÖSNINGEN

Välj den lösning som enklast når målet eller löser problemet, helt eller delvis.

STEG 5: PLANERA FÖR HUR LÖSNINGEN SKALL GENOMFÖRAS

Vilka resurser behövs? Vilka svårigheter måste klaras av? Behövs övning?

Steg 1 _____

Steg 2 _____

Steg 3 _____

Steg 4 _____

STEG 6: GÅ IGENOM RESULTATET

Ge dig själv ett erkännande för alla ansträngningar och försök.

Gå igenom vad som bör förändras och vilket steg som skall ägnas mer tid för att lösningen skall fungera bättre nästa gång.

Arbetsblad: Kontroll av planering

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

Färdighetsträning

Vi har alla ett antal situationer som kan verka enkla för andra men är svåra för oss. En del av dessa är känslomässigt svåra, andra kräver en kunskap som vi inte har. Det kan vara att säga viktiga saker till anhöriga, att klaga på den vård eller det stöd man får, att betala sina räkningar, att hålla hemmet städat, att klara en omväxlande matlagning och tusen andra dagliga situationer.

Ett vanligt problem vid psykiska funktionshinder är att flytta förmåga och kunskap från en situation till en annan. Att klara något på en plats med vissa människor innebär inte att man klarar det i en annan situation med andra människor. I det läget är det en stor vinst att ha en resursgrupp. Då har vi tillgång till personer träffar brukaren i en mängd olika situationer och som kan hjälpa till med att överföra kunskapen till det ställe där den behövs.

En utgångspunkt för att klara arbete med färdighetsträning vid svårare problem till exempel schizofreni är att man känner till de psykiska funktionsstörningarna. Om du vill öka din kunskap om dessa så läs gärna boken: *Psykiska funktionshinder* av Lundin och Mellgren (2012).

Ett välbeprövat sätt att öka sin förmåga och kompetens kallas för färdighetsträning. Metoden passar egentligen alla men har störst forskningsstöd vid olika funktionsstörningar. Det kan vara i samband med schizofreni, depression eller vid ångeststörningar. Även vid missbruk är metoden väl utvärderad. Färdighetsträning lämpar sig väl såväl för den som tidigare haft en kunskap eller förmåga som man inte använts på länge, eller en person som aldrig tidigare haft förmågan.

Principen i färdighetsträning bygger på att ta gå framåt i små steg, ett steg i taget i riktning mot personliga mål. I Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas Ett självständigt liv (ESL) som metod för social färdighets träning. ESL kan också passa bra att använda vid resursgruppsarbete. En annan väl utprövad metod heter Felfri Inläring (Olofsson 2005. Hela texten finns på Hjälpmedelsinstitutets hemsida). Det som skall göras delas upp i mindre delar som

övas var för sig. Varje del genomförs med tydliga, ibland skriftliga instruktioner. Delarna överinlärs för att till slut sättas samman till en helhet. Det är viktigt att det blir rätt redan första gången och att man undviker att lära in fel som kan störa den önskade handlingen. Vi kan inte lära av, utan bara lära in. Hur lär man sig till exempel att inte kunna cykla?

En viktig anledningen till sänkt livskvalitet är brister i social färdighet, alltså att man har svårigheter vid mötet med andra personer. Det kan vara den egna familjen, på en arbetsplats eller tillsammans med vänner. Övning att klara detta kallas social färdighetsträning. Om ni arbetat med avsnittet *kommunikationsfärdigheter* har ni redan använt den viktigaste principen i social färdighetsträning, nämligen rollspel.

En del färdighetsträning är inte social. Det kan gälla att klara en lägenhet, att komma upp på morgonen, sköta sin ekonomi och en mängd andra saker.

Börja med att diskutera meningen och nytan med att förändra ett beteende. Sammanfatta tydligt vilka fördelar det finns med förändring. Ta också upp nackdelar med förändring. Ibland krävs en problemlösning för att ta reda på bästa sätt att göra något. Därefter träna genom rollspel. Följ mallen för rollspel nedan. Börja tillsammans med CM, nära släkt eller vänner som man är bekväm med. Oftast behöver man träna samma sak flera gånger. Centralt är också att CM ger hemuppgifter, t ex att träna med någon nära person i hemmet, eller utan CM. Viktigt är också att noga följa upp och att förändra eller utveckla, framför allt när det är svårt eller tar tid.

När man tränar är det alltså viktigt att det sker tillsammans med en eller flera personer som man har en personlig relation till och känner trygghet. Familjen, de närstående eller resursgruppen är oftast mycket bra. Var pedagogisk och ge tydliga instruktioner. Använd inte bara tal, utan också skrivet material eller använda andra personer som modell, för att visa hur man kan göra istället. Och det enda sättet att lära sig är att brukaren till sist är den som tränar själv. Det är viktigt att

båda CM ger feedback på alla ansträngningar som brukaren gör. Feedbacken måste vara omedelbar, konkret, tydlig och framför allt positiv. För mycket negativ feedback kan stoppa hela arbetet. Det kan vara helt avgörande att hitta även den allra minst positiva saken att framföra. Till exempel att över huvudtaget vilja träna (fast ännu inte våga själv).

Stegen i färdighetsträning när man arbetar med närstående och en resursgrupp är;

1. Brukarens mål (eller eventuellt ett problem) diskuteras med samtliga. Vad är det som man vill uppnå?
2. Ett tydligt mål bestäms av samtliga deltagare, men främst av brukaren.
3. Utan vidare övning (OBS! viktigt!) rollspelas målet (eller problemet). Kort rollspel, kanske en minut. Helst med brukaren som har ett mål. Det som görs utan övning och instruktion ligger troligen nära det som sker i verkliga livet.
4. Efter rollspelets slut diskuterar hela familjen eller resursgruppen det genomförda rollspelet. Vad var bra? Vad kan bli bättre? Försök få fram tre förslag till förbättringar.
5. Nytt rollspel. Endast den det gäller (oftast brukaren) får välja en förbättring som testas i ett nytt rollspel. Om man är överens om att det vore bra med flera eller kanske större förändringar, är det bra om en annan person kan gå in som modell för brukaren, så att hon/han kan sitta ner och följa rollspelet och ej delta aktivt.
6. Gå igenom detta rollspel tillsammans allihop. Vilken var skillnaden jämfört med det första rollspelet? Vad var bra? Finns det sådant som kan göras ännu bättre? Nya förslag ges.
7. Det tredje rollspelet genomförs. Positivt om det är brukaren själv som genomför det. Istället för att åter genomföra ett rollspel där han/hon sitter bredvid, kan man föreslå ett rollspel med coachning, om det är mycket att tänka på och komma ihåg. Eventuellt kan man också skriva ned på ett papper vad som är viktigt att komma ihåg.
8. Gå igenom detta tredje rollspel tillsammans allihop. Vad var bra? Vad har blivit bättre?

Finns det sådant som kan bli ännu bättre? Vad var skillnaderna mellan detta tredje rollspel och det första (där brukaren själv deltog).

9. Ge hemläxa åt familjen eller resursgruppen, att själva träna genom rollspel till nästa möte.

I denna variant av färdighetsträning i familj, bland närstående eller i resursgrupp är det viktigt att brukaren, CM och gärna någon ytterligare, kanske en släkting eller vän, deltar. CM håller i processen, en närstående kan vara modell i rollspel nummer två och någon av övriga deltagare spelar personen som är målet för färdighetsträningen.

Tankar och känslor

Detta avsnitt går in på saker som oftast kan upplevas som svårare att tala om och att göra något åt. Det vanligaste är att en psykolog, psykoterapeut eller liknande hjälper till med och har ansvar för detta arbete.

Tankar och känslor är ofta svåra att ta på och ibland också svåra att beskriva. De brukare eller de närstående som känner igen sig i något eller några av nedan beskrivna tankar, känslor och reaktioner ska diskutera det med sin CM, som föreslår lämpligt sätt att gå vidare med det.

Att arbeta med tankar och känslor är enligt intervjuer och studier framför allt bra för personer som känner sig alldeles överhopad av tankar och känslor, och har svårt att sortera bland dem. Men också personer som uttalar att de är helt tomma och inte känner eller tänker något alls, har gott stöd i att gå in i detta arbete. Bland närstående är det ibland bra och till och med nödvändigt att uttrycka känslor, såväl negativa som positiva till varandra. När man klarar att göra det så startar ofta processer som hjälper till när man ska stressreducera, problemlösa, kommunicera på ett bättre och tydligare sätt eller när nå personliga mål.

Förslaget är att brukare går igenom listorna med sin CM och diskuterar om det är något som är viktigt att fortsätta med.

Brukarens känslor, tankar och reaktioner

Denna sida beskriver känslor så som de ofta upplevs av personer som drabbats av psykiska besvär. Men naturligtvis känner även andra igen sig i de flesta känslorna.

- *Rädsla.* Det kan handla om rädsla för situationer, platser eller personer. Rädsla för att utan förvarning drabbas av något hotande och obekant.
- *Förvirring.* Kan röra sig om dubbla budskap, otydlighet eller dålig struktur som i sin tur orsakar förvirring. Vad är det som gäller? Vilka regler?

- *Ledsenhet.* Ledsen över att känna sig drabbad eller utsatt. Är jag eller vi de enda som drabbats? Ledsen över att hamna i ett kanske livslångt lidande. Ledsen av trötthet eller utmattning.
- *Depression.* Svårt att ta sig för saker. Gör ingenting. Allt känns svårt och hopplöst. Man förlorar intresset att göra sådant man tidigare tyckte var intressant. Man är nedstämd även när det händer trevliga saker.
- *Ilska/Vrede.* Ilska mot omgivningen, som inte förstår ens situation. Ilska över att bli felbehandlad eller helt enkelt glömd. Ilska över att vara drabbad.
- *Ensamhet.* Kanske en känsla av inre ensamhet. Att inte stå eller orka stå någon nära. Vågar inte anförtro sig åt eller närma sig andra.
- *Protesterar.* Ständigt missförstådd. Ingen kan sätta sig in i hur det känns. Väger gå med på minsta lilla förslag. Kan ej kompromissa. Håller sig för sig själv.
- *Ångest.* Kraftig oro, hotande tankar och gnagande rädsla. Livet blir begränsat. Personer, situationer och platser är dag för dag samma. Känns ibland som man ska gå upp i atomer. Vet inte alltid vad det handlar om, förutom att man mår dåligt.
- *Galenskap.* Man gör saker som omgivningen uppfattar vara ”galna”. Gör saker man i sina friska perioder inte skulle drömma om att göra. Struntar i vad folk tycker och säger om en.
- *Självdestruktivitet.* Allt känns så hopplöst att man tycker att det enda rätta är att göra slut på livet eller åtminstone skada sig själv. Det kan också innebära att man gör sig själv illa eller tar sönder sina saker för att lindra ångest.
- *Uppgivenhet.* Vad finns kvar? Jag har prövat allt, men misslyckats med det jag företagit mig. Lika bra att jag sätter mig och inte gör något mer.

-
- *Sorg.* Hela ens situation förändras. Man har förlorat arbete, vänner och aktiviteter. Ur detta uppstår sorgen. Inget blir som det varit. Kan också upplevas som saknad.

Närståendes känslor, tankar och reaktioner

Denna sida beskriver känslor så som de ofta upplevs av närstående till personer som drabbats av psykiska besvär. Men naturligtvis känner även andra igen sig i de flesta känslorna.

- *Sorg.* Samtliga närståendes situation förändras och blir annorlunda. Man sörjer förlusten av det som varit och de förhoppningar man tidigare hade om framtiden.
- *Oro/Ängslan.* Oron handlar mest om vad som ska hända framöver. Hos de flesta närstående finns också en rädsla för våld och suicid. Men också vardaglig oro; kommer han att kunna ha egen bostad eller klara ett arbete.
- *Skuld.* Vad är orsaken till sjukdomen. Är det vår uppfostran? Våra otydliga regler? Har vi haft för dåligt med tid eller kraft? Denna känsla upplevs ofta starkast hos föräldrar.
- *Hopp.* Familjen och närstående kastas, framför allt i början, mellan kris, hopp och förtvivlan. Perioder av hopp är oftast kortare än förtvivlan. Hela familjen drabbas alltid när en person drabbas.
- *Förtvivlan.* Se ovan. Perioder av förtvivlan kan vara långa och ihållande. Kan det någonsin bli bättre?
- *Vanmakt.* Känslan av vanmakt brukar infinna sig när man upplever att det man gör inte hjälper. Ibland kommer den också i situationer då man behöver överlåta behandlingen åt andra, t ex åt sjukvården.
- *Ilska/Vrede.* Det är mycket vanligt att närstående blir arga på den som är drabbad. Hur kan han göra så här mot oss? Varför ska just vi drabbas? Men ilskan kan även vändas mot vårdgivare, som inte gör något för att hjälpa till. Vanligt är också med ilska mot själva sjukdomen/förändringen.

- *Saknad.* Saknad av den person som drabbats, och "blivit någon annan" inte som han var innan. Sakna den närhet man tidigare hade tillsammans.
- *Uppgivenhet.* Nu orkar jag inte längre! Vad finns kvar av mitt gamla liv? Nu har vi prövat allt, men också misslyckats med allt.
- *Depression.* Närstående faller lätt in i ett depressivt beteende, som framför allt drabbas det sociala nätverket. Slutar umgås med vänner och bekanta. Orkar inte eller har inte lust att umgås.
- *Skam.* Vad ska grannen eller mormor säga? Psykisk sjukdom är något fult, något man inte talar om öppet. Folk kan ju tro att också vi är konstiga eller sjuka.
- *Ensamhet.* Se depression och skam. Ensamhet är ofta orsakat av dessa. Använd resursgruppen för en problemlösning om hur ensamheten kan brytas.
- *Missnöje.* Missnöjet riktas främst mot sjukvårdsapparaten och brist på information. Familjer och närstående behöver tidigt information om sjukdomen och om hur man ska förhålla sig.

Strategier för specifika problem

De strategier som beskrivs i manualen, alltså utredning, kommunikationsfärdigheter och problemlösning, rollspel och hemuppgift är utmärkta arbetssteg för många problem och mål. Metoderna kan lätt anpassas till att stödja den kunskap och erfarenhet som redan finns i resursgruppen. Det gäller främst vid arbete med daglig social funktion, där metodiken är av mycket stort värde. Även vid psykiatriska symtom kan metoderna vara av stort värde. Många närstående och personal har genom erfarenhet en avsevärd kunskap om hur vissa symtom kan mildras. Det kan gälla ihållande psykotiska symtom eller ångeststörningar. Genom problemlösningsmetoden kan redan använda sätt göras effektivare och spridas till andra i resursgruppen. Genom rollspel kan den nya kunskapen befastas och stärkas. Och genom hemuppgifter kan den förknippas med det dagliga livet.

Ibland räcker emellertid inte grundmetoderna. Då måste vissa specifika terapeutiska strategier användas. Kriterier för att lägga till andra validerade terapeutiska metoder kan vara:

- Ett viktigt problemområde med klart negativa effekter framkommer.
- Resursgruppen klarar inte problemlösningsstrategierna eller dessa har visat sig ineffektiva.
- CM känner till en behandlingsmetod som är effektiv enligt kontrollerad forskning.
- CM klarar av denna metodik eller kan få god hjälp och handledning.

Det finns nackdelar med att lägga till extra metodik. Den allvarligaste är att terapeuten blir ”expert”, vilket kan minska resursgruppens egen aktivitet. En annan nackdel är om tilläggsmetodik kommer in för tidigt, vilket hindrar gruppen att använda egen kreativitet och egen kunskap.

Avsnittet om specifika strategier har visat tendens till att bli allt större i utländska manualer. Ibland tar det form av terapeutiska handböcker, som omfattat det mesta av forskningsstött metodik. Risker med detta är att personal ibland arbetat med metoder som de inte helt behärskar och

inte kunnat få handledning på. De omfattande manualerna blir också snabbt omoderna, eftersom forskningen hela tiden går framåt. I denna manual har vi valt att presentera enkla listor på metodik som kan vara ett lämpligt komplement till resursgruppsarbete.

Aktivitetsplanering

Det är en stor fördel att ha med resursgruppen vid aktivitetsplanering. Detta ger minskad risk för tjat och överkrav. Resursgruppen kan ge CM information om social oförmåga, som brukaren själv kanske inte är medveten om. Resursgruppen befinner sig förmodligen närmare klientens värld än CM. Därför vet de mer om aktivitetsutbud i brukarens närhet. Resursgruppen känner personens intressen och tidigare aktivitet. De har lätt för att föreslå aktiviteter. De kan uppmärksamma och visa uppskattning för förändring i det dagliga livet (och alltså inte bara vid träffarna med CM). De kan direkt delta i brukarens aktivitet.

Aktivitetsökning sker genom att mycket små steg läggs till, ett i taget. Stegen väljs av brukaren, som får hjälp att se hur dessa kan öka möjligheten att uppnå något önskat större mål, eller kanske bara glädje för stunden. Stegen klargörs noga och utgör hemuppgift till nästa träff. Resursgruppen hjälper till med hemuppgiften om så behövs. Viktigast är att de tydligt uppmärksammar och berömmar brukarens ansträngningar. Detta är särskilt viktigt i början, eftersom ny aktivitet inte alltid upplevs som positiv innan den blivit en vana.

Avslappning

Avslappning är en generell term för minskad fysisk och mental spänning. Vanligen används progressiv muskulär avslappning. De flesta personer skaffar sig sätt att slappna av. Det kan vara:

- lyssna på musik
- motionera
- ett varmt bad

- yoga, meditation
- hobbyaktiviteter
- nära emotionell kontakt

Med hjälp av problemlösning i resursgruppen kan dessa metoder göras mer användbara och strukturerade.

Muskulär avslappning är en effektiv och något undervärderad metod. Den är ett utmärkt tillägg vid de flesta problem, även vid schizofreni. Använd gärna en stund av resursgruppssträffarna till en avslappningsövning. Tillämpad avslappning är en effektiv behandlingsform. Först lär sig brukaren att slappna av ordentligt, och att kontrollera denna förmåga allt snabbare. Därefter förknippas avslappningen med de tidigare stressande situationerna. Avslappningen görs alltså portabel till dagliga svåra situationer.

Hemuppgifter

CM bör inte förvänta sig att resursgruppen (främst närstående och brukaren själv) kommer att följa alla råd och göra alla hemuppgifter. Det gör ingen av oss och en viss bristande följsamhet är nog en bra egenskap. För att minimera problemet när det gäller hemuppgifter kan en hel del göras.

Vid psykos är det vanligt att brukaren har svårt för att förknippa en viss åtgärd med ett önskat mål. En tydlig formulering av brukarens mål underlättar. Andra saker att tänka på:

- Påminna om målsättningen och hjälpa brukaren att se sambandet mellan hemuppgiften och det önskade målet.
- Betona små handlingar kan vara viktiga steg till framtida mål.
- Ge upprepad, tydlig instruktion för hemuppgifter.
- Ge specifika, tydliga, konkreta och lätt uppnåbara hemuppgifter.
- Skriv ned hemuppgiften klart (be helst de som skall göra uppgiften att skriva ned den).
- Kolla att alla har förstått.
- Fråga vad som skall göras, när och med vem.
- Fråga vilka fördelar som kan nås om uppgiften görs.

- Rollspela hemuppgiften i gruppen.
- Ta alltid upp hemuppgiften tidigt i mötet.
- Ge hemuppgifter som skall utföras på de veckovisa mötena utan CM.
- Använd din egen förmåga till ”positiv begäran”. Undvik att tjata och övertyga.
- Uttryck gärna din frustration över uteblivit arbete.
- Gör problemlösning för egen del. Detta är ditt problem, men ta gärna hjälp av resursgruppen, exempelvis: ”Jag har svårt att klara min uppgift som CM. Det märks på att hemuppgifterna inte görs. Vill ni hjälpa mig med detta problem? Vad tycker ni att jag skall göra?” En sådan strategi ger familjen möjlighet att ge feedback till CM.
- Be resursgruppen göra en icke gjord hemuppgift i början av mötet (med CM som åskådare). Förläng inte mötet på grund av detta.
- Utnyttja stegen för problemlösning, men vänd på steken. I stället för att hitta lösningar listas troliga hinder till att hemuppgiften inte är gjord. Be dem sedan hitta på lösningar för varje svårighet.
- Minska dina förväntningar till lägsta nivå. Bygg därifrån genom att uppmärksamma varje litet framsteg. ”Om jag förstår saken rätt har alltså två personer i resursgruppen tänkt på hemuppgiften under veckan. Bra! Hur går vi vidare därifrån?”
- Var flexibel. Tillåt att resursgruppsmedlemmarna gör hemuppgiften på sitt sätt. Det viktiga är att målen uppnås, inte hur.

Kognitiv hållning

Vid allt resursgruppsarbete försöker vi ha en kognitiv hållning. Med det menar vi att brukaren och andra inbjuds att inventera sin egen tankevärld med hjälp av CM sokratiska frågor. Vi debatterar inte, pressar inte på ett alternativt synsätt.

Att sätta gränser

Det skall vara möjligt för alla i resursgruppen att ha ett liv med någorlunda kvalitet och utan risk för att bli utsatt eller skadad. Det betyder att vissa

beteenden är oacceptabla och bör leda till tydliga konsekvenser. Det gäller bland annat våld (även sexuellt våld), påtagligt riskfyllt beteende (anlägga eld, kanske sängrökning), gravt störande missbruk, allvarligt hot, utagerande inför barn, ekonomisk vårdslöshet, visst störande och avvikande beteende inom och ibland utom närstående. Det är en viktig uppgift för CM att hjälpa resursgruppen att sätta tydliga gränser, bestämma konsekvenser, aktivt stödja offret, och ge fortsatt stöd åt personen med oacceptabelt beteende.

Specifika insatser

Som CM behöver du inte själv kunna tillgodose brukarens alla behov. Din roll som CM är att tillsammans med brukaren utreda dennes behov och genom en delad beslutsprocess komma fram till ett gemensamt beslut om vilka insatser som skall sättas in. CM skall sedan samordna dessa insatser vilket i många fall innebär att ta in kompetens i form av exempelvis en terapeut. I de Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas en rad insatser utifrån behov. Ett urval av dessa står kortfattat beskrivna nedan och skall erbjudas brukare om behov finns. Med detta menas alltså inte att CM skall kunna samtliga metoder.

Kognitiv beteendeterapi

Brukare med psykosjukdom och kvarstående symptom är svåra att behandla och kan innebära ett stort lidande för brukaren. Brukare med psykosjukdom får oftast god hjälp av medicinering mot så kallade positiva symptom som vanföreställningar och hallucinationer. I vissa fall har brukaren trots fullgod medicinering kvar symptom vilka då behöver hanteras. Medicinering har sämre effekt på de negativa symptom som finns vid psykosjukdom såsom passivitet, initiativlöshet, viljelöshet. Psykologisk behandling i form av kognitiv beteende terapi som ges i tillägg till sedvanlig behandling skall framförallt ges till brukare med kvarstående positiva symptom (hallucinationer, vanföreställningar). Den kognitiva beteende-

terapi kan innebära att brukaren lär sig se samband mellan tankar, känslor och handlingar. Det kan även innebära att få stöd i att hantera symptom. Terapi kan ges individuellt eller i grupp.

Tvångsbesvär

Tvångsbesvär kräver en kunnig beteendeterapeut, som arbetar individuellt med brukaren. Dock kan det vara ett gott komplement att samla resursgruppen för information om tvång och för att ge dem kunskap om hur de kan underlätta för klienten, utan att ta över och göra klientens tvång större, vilket allvarligt kan förvärra tillståndet. Närstående till personer med tvångsproblem har ofta en mycket svår och utsatt situation och har behov av påtagligt stöd.

Medicinering

Ur resursgruppsperspektiv är medicinering en tilläggsmetod, även om den är synnerligen vanlig. Genom resursgruppen kan medicineringen effektiviseras i avsevärd utsträckning. Ibland är det den största vinsten med resursgruppsarbete. Förvänta dig att brukaren har svårt att sköta sin medicinering enligt ordination. Det är faktiskt svårt att under lång tid ta medicin man inte omedelbart mår bättre av, i syfte att undvika en allvarlig försämring i framtiden.

- Analysera omständigheterna kring svårigheter med medicineringen.
- Har brukaren tillräcklig information om sin medicin eller varför den skall tas?
- Finns biverkningar eller rädsla för biverkningar? Analysera dessa mycket noga, särskilt oros- och kognitiva biverkningar.
- Hjälプ brukaren att, med hjälp av kunskap, problemlösning, expertkontakt med mera, minska biverkningarna i största möjliga utsträckning. Om brukaren ofta glömmar sin medicin, så ta upp problemet med hjälp av problemlösning.
- Använd resursgruppen till att informera om medicinens för- och nackdelar samt försök lösa konflikter kring medicinen och hur den tas.

Samsjuklighet med missbruk

Som omnämns i de Nationella riktlinjerna för psykosocial insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är samsjuklighet vanligt förekommande hos personer med psykisk sjukdom, både med somatiska sjukdomar men även missbruk. Brukaren bör erhålla behandling för sitt missbruk och sin psykiska sjukdom samtidigt.

Vid missbruksproblem, separat eller i kombination med andra svårigheter, är det ofta en stor fördel att ha med resursgruppen. Denna får dock inte användas för att skuldbelägga eller sätta tryck på brukare. Sker det, finns stor risk att brukaren avbryter samarbetet. De flesta beprövade strategier vid missbruk kan användas i resursgrupp. Falloon rekommenderar att gruppen hjälper brukaren att analysera för- och nackdelar med missbruk. Närstående har mycket information om nackdelar, men även brukarens fördelar är viktiga att ägna intresse. Även risksituationer analyseras nog, liksom situationer där klienten klarat sina svårigheter bra. Varningssignaler på återfall specificeras. Därefter ges information till alla. Det gäller till exempel abstinensproblem, framgångsrika sätt att bryta missbruk samt att återfall är något man måste räkna med under en tid. Resursgruppen hjälper till med problemlösning, bland annat kring hur sug kan bekämpas, vilka alternativa aktiviteter som kan ersätta delar av missbruksbeteendet med mera. Av stor betydelse är naturligtvis omgivningens långsiktiga stöd och intresse.

Relationsproblem

Även om resursgruppsarbete har många delar gemensamt med övrig familjeterapi, är metodens primära syfte inte att behandla relationsproblem mellan i övrigt välfungerande personer. Det har visserligen ofta gjorts och resultatet har bedömts som gott. Metodens styrka är dock att arbeta med grupper och närstående där en person har en tydlig funktionsnedsättning eller handikapp. Om materialet används för relationsbehandling krävs att CM självständigt kan genomföra en problemanalys, eftersom instrument och den rekommenderade gången inte går att använda.

Ibland har arbetet med närstående påbörjats för att en son eller en dotter har en allvarlig psykisk sjukdom. Senare visar det sig att det finns tydliga relationsstörningar mellan modern och fadern. I detta läge kan man välja på flera olika strategier:

Om brukaren är allvarligt sjuk och om man dessutom kan ana att relationsproblemen har samband med den uppkomna familje- och närståendebördan, kan man be de närstående att först arbeta med brukarens problem (under t ex ett halvår) och under denna tid lägga relationsstörningen på is. Detta brukar vara möjligt om det följs av vissa praktiska beslut. Ett sådant kan vara att ingen får diskutera eventuell separation under sex månader. Är relationsstörningen mer primär och förhållanden bland de närstående svåra på grund av detta, måste problemet tas i första hand. Vissa möten bör dock öronmärkas till att ta upp problemen kring brukaren (t ex utbildning om symptom och behandling). Ibland är det en fördel att någon annan behandlar relationsproblemen. En remiss till familjerådgivning kan vara bra. Parallellt med denna kan resursgruppsarbetet med brukaren fortsätta, om de närstående orkar med det. Ytterligare ett alternativ som prövats är att brukaren formar en ny resursgrupp, där inte personer med tydlig aktuell relationskonflikt ingår.

Sjukdomshantering och återhämtning - IMR (Illness Management and Recovery)

Den psykopedagogiska metoden IMR rekommenderas för de brukare som är i behov av återhämtning och att hantera sin sjukdom bättre. Den syftar till att hjälpa patienten att hantera sin sjukdom i sitt vardagsliv och innehåller flera kognitiva beteendetekniker som brukaren lär sig.

Psykologisk terapi - kognitiv träning (IPT-k)

Brukare med nedsatt kognitiv förmåga bör erbjudas insatser för att förbättra denna. Det träningsprogram som omnämns med hög prioritet i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser

vid schizofreni och schizofreni liknande tillstånd är Integrerad Psykologisk terapi – kognitiv träning (IPT-k). Detta program fokuserar på att öka brukarens kognitiva förmåga och sociala kompetens och genomförs i grupp.

Ett självständigt liv (ESL)

ESL är ett strukturerat behandlingsmaterial som är mycket spritt i Sverige och syftar till att förbättra brukarens sociala färdigheter. ESL modellen består av moduler vilka innehåller sätt att arbeta med medicinering, ihållande symptom, vardagliga samtal med andra, konfliktlösning. Denna modell ska erbjudas brukare som har svårt att fungera i sociala sammanhang och är i behov av att hantera sin vardag på ett bättre sätt.

ESL är i första hand avsett för grupper där alla har egen erfarenhet, alltså inte för resursgrupper. Dock kan en del i materialet användas även för resursgrupper. CM kan få tips för sitt arbete (det gäller till exempel tidiga varningstecken, ihållande symptom och arbete med brukarens samtalsförmåga). Filmerna till ESL underlättar information till resursgruppen, till exempel om psykosmedicinering.

Referenser

- Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., à Campo, J., Poddighe, G., & Drukker, M. (2007). An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 8, 93. doi:10.1186/1471-244X-8-93
- Berglund N, Vahne J-E, Edman Å (2003) Familyburden in schizophrenia. Impact on family burden and attitude. *Soc Psychiatris Epidemiology* 38:116-121
- Bergman, A., & Norlander, T. (2005). "Hay sacks anonymous": Living in the shadow of the unidentified. Psychological aspects of physical inactivity from a phenomenological perspective. *The Qualitative Report*, 10, 795–816
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2007). Should we adopt the Dutch version of ACT. Commentary on "FACT: A Dutch version of ACT." *Community Mental Health Journal*, 43, 435–438. doi:10.1007/s10597-007-9091-x
- Bond, G. R., Drake, R. E., Muesser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness, critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 142–157.
- Brukarinflytande i praktiken - Pia Johansson (Nationell psykiatrisamordning)
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case Management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52, 631–636. doi:10.1176/appi.ps.52.5.631
- Demokrati och brukarutvärdering - Dahlberg/Vedung
- Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903–910. doi:10.1176/appi.ps.52.7.903
- Edebol, H., Bood, S. Å., & Norlander, T. (2008). Chronic whiplashassociated disorders and their treatment using flotation-REST (Restricted Environmental Stimulation Technique). *QualitativeHealth Research*, 18, 480–488. doi:10.1177/1049732308315109
- Edebol, H., Kjellgren, A., Bood, S. Å., & Norlander, T. (2009). Enhanced independence and quality of life through treatment with flotation-Restricted Environmental Stimulation Technique of a patient with both Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Aspergers Syndrome:A case report. *Cases Journal*, 2, 6979. doi:10.4076/1757-1626-2-6979
- Falloon, I. R. H. (1999). Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatric Services*, 50, 615–618.
- Falloon, I., Kydd, R., Coverdale, J., & Laidlaw, T. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271–282. doi:10.1093/schbul/22.2.271
- Falloon, I., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., Economou, M., . . . Geyde, R. (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: Two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 3, 104–109.
- Fiander, M., Burns, T., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: Comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 182, 248–254. doi:10.1192/bjp.02.275
- Group. (2000). *Assertive community treatment literature review*. Prepared for: Health Care and Financing Administration (HCFA) and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Falls Church, VA: The Lewin Group.
- Harvey, P. D., Helldin, L., Bowie, C. R., Heaton, R. K., Olsson, A. K., Hjärthag, F., . . . Patterson, T. L. (2009). Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: A crossnational study in the United States and Sweden. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 821–827. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010106
- Hayman-White, K., & Happell, B. (2007). Critique of Falloon and the optimal treatment project. *International Journal of Mental* 26 Resource group assertive community treatment © 2012 The Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences and Blackwell Publishing Asia Pty Ltd *Health Nursing*, 16, 44–49. doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00443.x
- Helldin, L., Kane, J. M., Hjärthag, F., & Norlander, T. (2009). The importance of cross-sectional remission

-
- in schizophrenia for long-term outcome, a clinical prospective study. *Schizophrenia Research*, 115, 67–73. doi:10.1016/j.schres.2009.07.004
- J. Remmers van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, No. 4, August 2007 DOI: 10.1007/s10597-007-9089-4
- Janson, L., Archer, T., & Norlander, T. (2005). Achievement of timing at the highest competitive level: The necessity of a “driving” conviction. *Athletic Insight*, 7(2). Retrieved from <http://www.athleticinsight.com/Vol7Iss2/AchievementofTiming.htm>.
- Karlsson, G. (1995). *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Killackey, E., & Jackson, H. J. (2007). Results of the first Australian randomized controlled trial of individual placement and support in first episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 593.
- Kjellgren, A., Buhrkall, H., & Norlander, T. (2010). Psychotherapeutic treatment in combination with relaxation in flotation tank: Effects on “burn-out-syndrome.” *The Qualitative Report*, 15, 1243–1269.
- Kjellgren, A., Buhrkall, H., & Norlander, T. (2011). Preventing sick-leave for sufferers of high stress-load and burn-out syndrome: A pilot study combining psychotherapy with the flotation tank. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 297–306.
- Lauriello, J., Bustillo, J., & Keith, S. (1999). A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46, 1409–1416.
- Leff, J. (1996). First perceptions of treatment: The physicianfamily- patient network. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioural Health*, 2, 10–15.
- Lundin, L. Mellgren, Z. (2012). *Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionshinder*. Studentlitteratur.
- Lundin L, Rydell P, Berglund N, Borell P, Erdner L, Nilsson S, Nordén T, Norlander T, Rutz W, Ivarsson B, Malm U (2012) *A flexible Integrated Care Approach by Resource group ACT (RACT): GRADE evidence profile and summary of findings*
- Lurigio, A., Fallon, J., & Dincin, J. (2000). Helping the mentally ill in jails adjust to community life: A description of a post release ACT Program and its clients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 532– 547. doi:10.1177/0306624X00445002
- Makt över sin vardag - David Ershammar och Anna Wiksten
- Malm, U. (Ed.). (2002). *Case management: Evidenbaserad integrerad psykiatri* [Case management: Evidenced based integrative psychiatry]. Lund: Studentlitteratur.
- Malm, U., & Falloon, I. (Eds.). (2008). *Integrerad psykiatri: E-arbetsbok* [Integrated psychiatry: The work book]. Göteborg: Evidens FoU.
- Malm, U., & Lindgren, N. G. (2002). From randomized controlled trials to evidence-based clinical care for severe mental illness. In H. Kashima, I. Falloon, M. Mizuno, & M. Asai (Eds.), *Comprehensive treatment of schizophrenia: Linking neurobehavioral findings to psychosocial approaches* (pp. 121–136). New York: Springer-Verlag.
- Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P., & Falloon, I. (2003). Integrated care in schizophrenia: A 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 415–423. doi:10.1034/j.1600- 0447.2003.00085.x
- Mastroeni, A., Belotti, C., Pellegrini, E., Galletti, F., Lai, E., & Falloon, I. (2005). Clinical and social outcomes five years after closing a mental hospital: A trial of cognitive behavioural interventions. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 25.
- Mizuno, M., Sakum, K., Ryu, Y., Munakata, S., Takebayashi, T., Murakami, M., . . . Kashima, H. (2005). The Sasagawa project: A model for deinstitutionalisation in Japan. *Keio Journal of Medicine*, 54, 95–101.
- Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2010). Sensorimotor therapy: Physical and psychological regressions contributes to an improved kinesthetic and vestibular capacity in children and youth with motor difficulties and problems of concentration. *Social Behavior and Personality*, 38, 327–346. doi:10.2224/sbp.2010.38.3.327
- Nordén, T., Ivarsson, B., Malm, U., & Norlander, T. (2011). Gender and treatment Comparisons in a cohort of patients with psychiatric diagnoses. *Social Behavior and Personality*, 39, 1073– 1086. doi:10.2224/sbp.2011.39.8.1073
-

-
- Olofsson, M. Wennström, E. Wennström, K. (2005). *Pedagogik i boendestöd för psykiskt funktionshindrade*. Hjälpmedelsinstitutet.
- Om lika värde och rätt - Lena Hagberg (Nationell psykiatrisamordning) Projektet för Brukarinflytandesamordnare, Psykiatrin Halland
- Sjöstedt, C. (2007). *Lysekilsmodellen* [The Lysekil model]. Göteborg: Evidens.
- Slutbetänkande av nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100 Inflytandeguiden.se
- Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011- stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stefansson, C.-G. (2008). *Utbildning av case managers för personer med psykiska funktionshinder och komplexa vårdbehov* [Training of case managers for people with mental disabilities and complex health needs]. Stockholm: SoS.
- Stein, L. L. (1990). A historical review of the Madison model of community care assertive community treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 649–651.
- Stein, L. L., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: Guilford Press.
- Test, M. A., & Stein, L. L. (Eds.). (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal, 43*, 421–433. doi:10.1007/s10597-007-9089-4
- Åsenlöf, K., Olsson, S., Bood, S. Å., & Norlander, T. (2007). Case studies in fibromyalgia and burn-out depression using psychotherapy in combination with flotation-REST: Personality development and increased well-being. *Imagination, Cognition and Personality, 26*, 259–271. doi:10.2190/9338-1352-Q6K7-0183