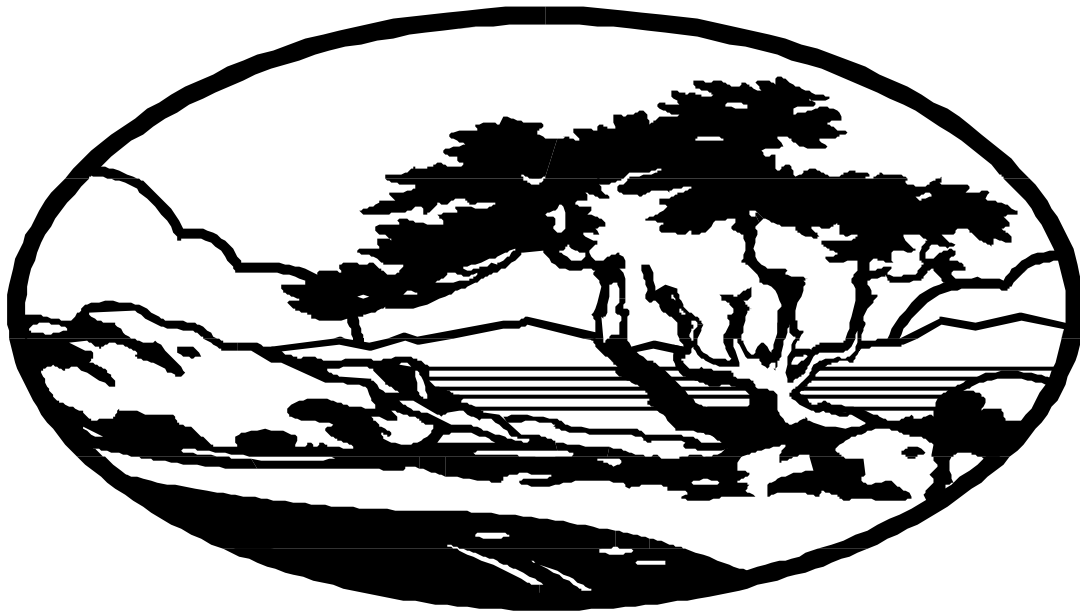


Vårdprogram för psykiatrisk rehabilitering

2002-03-26



Kunskapscentrum för rehabilitering

Arbetsgrupp:
Anders Ekstam
Lena Petersson
Monica Rydén
Per Stenborg

www.uas.se

SAMMANFATTNING

Kunskapscentrum för Psykiatrisk Rehabilitering har givit i uppdrag till en arbetsgrupp att ta fram ett vårdprogram som skall ligga till grund för gemensamma värderingar om vad som är det viktiga i rehabiliteringen för människor med psykisk funktionsnedsättning.

Att vara delaktig och kunna känna trygghet i det dagliga livets aktiviteter och möten med andra människor förutsätter en matchning mellan individens förutsättningar och omgivningens krav och förväntningar. Denna matchning saknas ofta för människor med allvarlig psykisk sjukdom, som därför drabbas av omfattande handikapp vad gäller boende, arbete/sysselsättning och fritid, men även när det gäller självkänsla och livskvalitet.

Psykiatrisk rehabilitering syftar till att ge människor med psykiska funktionsnedsättningar möjlighet att, genom utveckling av egna färdigheter samt tillräckligt stöd från omgivningen, bli nöjda och väl fungerande utifrån egna och omgivningens krav och förutsättningar, i sitt boende, sysselsättning/arbete, fritid och övriga sociala sammanhang de själva väljer.

Vårdprogrammet presenterar en modell för Psykiatrisk Rehabilitering som kan vara till hjälp i det praktiska arbetet.

Psykiatrisk Rehabilitering inriktar sig på boende, arbete/sysselsättning, utbildning och fritid. Den grundläggande principen är att all rehabilitering måste ske ur personens **egen vilja och önskan till förändring**. Det är alltid personen som väljer sitt mål, **utifrån egna och omgivningens förutsättningar**, vilket är avgörande för rehabiliteringen. Förhoppningen att nå målet och kunskap om vad som krävs för att uppnå det, motiverar och engagerar till det aktiva deltagande som är nödvändigt.

Rehabiliteringsprocessen indelas i olika faser :

Diagnosfasen är den del i processen där det aktuella målet för rehabiliteringen fastställs. Denna del i processen är mycket viktig för att kunna fastställa ett mål som är realiserbart och måste därför få ta tid.

Planeringsfasen innebär att man planerar för att utveckla de färdigheter som behövs för att personen skall nå sitt mål och bli nöjd och fungerande i detta.

Åtgärdsfasen är den del där man verkställer de åtgärder man planerar för när det gäller färdighetsträning och utveckling av stöd.

Utvärdering som sker gemensamt med uppdragsgivare och rehabiliteringsansvarig.

Vidmakthållandefasen där man planerar för att upprätthålla det som uppnåtts eller fortsätter mot nya mål.

Psykiatrin inom Uppsala läns landsting ansvarar både för behandling/omvårdnad och för psykiatrisk rehabilitering för människor med psykiska funktionshinder och båda disciplinerna är lika viktiga för den enskilde. I vårdprogrammet beskrivs därför vikten av att vi inom psykiatrin kan byta perspektiv. Ibland skall vi fokusera på behandlingsarbete och i andra fall bistå personen i den psykiatriska rehabiliteringsprocessen.

Psykiatrisk rehabilitering, behandling och andra insatser måste få ske parallellt och tyngdpunkten i insatserna varierar över tid utifrån växlingen i de behov som den enskilde har.

Alla patienter skall erbjudas psykiatrisk rehabilitering utifrån de behov av och önskemål om förändring han eller hon har.

INNEHÅLL

1. Inledning	1
2. Definitioner/principer	2
Begränsningar i funktionsförmåga	2
Begränsningar i aktivitetsförmåga	3
Delaktighet	3
Grundläggande principer vid psykiatrisk rehabilitering	4
3. Den psykiatriska rehabiliteringsprocessen	5
Grundläggande principer i den psykiatriska rehabiliteringsprocessen	6
Diagnosfasen	7
Beredvillighetsbedömning	8
Att sätta mål	8
Planeringsfasen	9
Åtgärdsfasen	9
Färdighetsutveckling	9
Utveckling av stöd	10
Utvärdering	10
Vidmakthållande	10
4. Övriga insatser	11
Psykiatriska insatser	11
Insatser med delat ansvar	11
5. Psykiatrins uppgift i rehabiliteringsarbetet	13
6. Samverkan	14
Slutord	15
7. Referenser	16
Bilaga <i>Rehab. plan</i>	

1. INLEDNING

”Uppföljningen av psykiatrireformen i Uppsala län år 2000” identifierade totalt 1540 psykiskt långtidssjuka personer vid undersökningstillfället 1999. Av dess hade 1227 personer kontakt med den psykiatriska vården och den största psykiatriska diagnosgruppen var psykossjukdom.

I denna och andra inventeringar har konstaterats att personer med allvarlig psykisk sjukdom har betydande handikapp i vårt samhälle när det gäller boende, sysselsättning, ekonomi, fritid och sociala relationer, men också när det gäller självkänsla och livskvalitet. Många känner mindervärde, allmän rädsla, osäkerhet och utanförskap i mötet med samhället.

Att vara **delaktig** och kunna känna trygghet i det dagliga livets aktiviteter och möten med människor förutsätter en **matchning** mellan individens förutsättningar och omgivningens krav och förväntningar. Denna matchning återfinns sällan för personer med psykossjukdom, som därför drabbas av dessa handikapp och känslor av utanförskap. Det är ofta den bristande möjligheten till delaktighet i ett tillfredställande dagligt liv som medför återkommande behov av vårdinsatser.

Psykiatrisk rehabilitering är direkt inriktad på förbättrad funktion och att minska konsekvenserna av sjukdomen medan behandling är inriktad på sjukdomen och att minska dess symtom. Utveckling av färdigheter och kompetens hos den enskilde individen kombineras med utveckling av olika stödfunktioner i omgivningen. Det krävs en **målinriktad process** som förutsätter att den enskilde och de närstående som är viktiga i processen, har inflytande vid planering, genomförande och uppföljning. Speciell kompetens måste finnas i att stödja personen att formulera egna mål liksom kunskaper att identifiera funktionsnivå och färdigheter.

I samband med psykiatrireformens genomförande förekom en diskussion om att vissa delar av den psykiatriska verksamheten, rehabiliterings teamen, skulle övergå till kommunen.

I Uppsala län valde man att även fortsättningsvis behålla de verksamheterna inom landstinget. Vårt uppdrag måste därför innefatta en organisation som i samverkan med kommunerna kan erbjuda en psykiatrisk rehabiliteringsprocess som ger personer med funktionsnedsättningar p.g.a. psykisk sjukdom förutsättningar för att delta i samhälleliga aktiviteter utifrån sina egna behov och önskemål.

Konkret betyder det att vi skall hjälpa personen att utveckla de kompetenser som behövs för att man skall klara att: Formulera mål – Uppnå målet – Behålla det man uppnått - Och kunna lämna det om det så behövs.

Aktuell kunskap visar att funktionsförmåga måste tränas och utvecklas i den verkliga miljön eller i naturliga situationer för att ge bästa resultat. Vi måste alltså i större utsträckning än tidigare finnas med i personens närmiljö.

Psykos och Rehabiliteringskliniken har idag både **behandlingsansvar och ansvar för psykiatrisk rehabilitering** för personer med schizofreni och schizofreniliknande sjukdomar samt även rehabiliteringsansvar för personer med annan psykiatrisk diagnos, vilket innebär att vi inom psykiatrin måste kunna byta perspektiv. Ibland skall vi fokusera på behandlingsarbete och i andra fall bistå personen i den psykiatriska rehabiliteringsprocessen.

Psykiatrisk rehabilitering, behandling och andra insatser måste ske parallellt och tyngdpunkten i insatserna varierar över tid utifrån växlingen i de behov som den enskilde individen har. Detta kräver att vi tydligt definierar och klargör olika insatser och ansvar/delansvar i vårt arbete.

2. DEFINITIONER/ PRINCIPER

Inom det psykiatriska rehabiliteringsområdet används andra definitioner och klassifikationer jämfört med akutpsykiatri. 1980 kom WHO:s internationella handikappsklassifikation ICIDH och 2001 godkändes den slutgiltiga versionen ICF, Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder. ICF beskriver hälsotillstånd i två huvudgrupper.

- Komponenter av **funktionstillstånd och funktionshinder** som omfattar kroppskomponenten och aktivitets och delaktighetskomponenten.
- Komponenter av **kontextuella faktorer** vilka är omgivningen och personliga faktorer.

Funktionstillstånd och funktionshinder kan uttryckas på två sätt

De kan användas för att påvisa problem, dvs. **funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar** eller **delaktighetsinskränkningar**, sammanfattande under paraplytermen **funktionshinder**. De kan å andra sidan indikera oproblematiske aspekter av hälsa och hälsotillstånd under begreppet **funktionstillstånd**.

Alltså kan en funktionsnedsättning i kroppstrukturen ex. en förlust av ett ben eller problem med en psykologisk funktion, ex. nedsatt minnesförmåga eller koncentrationsförmåga medföra funktionshinder. En begränsning i aktivitetsförmåga kan vara svårigheter att utföra aktiviteter på ett normalt sätt eller inom gränser som anses normala för en människa, ex. att kunna gå, att komma ihåg uppgifter och avtalade möten. Delaktighetsinskränkningar kan vara beskaftenhet och graden av delaktighet i samhället både på personlig- som social nivå. Att kunna upprätthålla roller som är viktiga.

Kontextuella faktorer

Omgivningen handlar om allt från personens närmiljö till den allmänna samhällsmiljön. Det kan vara fysiska, sociala och attitydmässiga faktorer i den omgivning människan lever och verkar. Faktorerna finns "utanför" personen och kan ha positivt eller negativt inflytande på personens genomförande som samhällsmedlem, kapacitet att utföra aktiviteter eller på personens kroppsfunktion.

Personfaktorer utgörs av personliga egenskaper som inte hör till hälsotillståndet. De kan vara kön, ras, ålder, social bakgrund, utbildning, livsstil, vanor, allmänna beteendemönster och andra egenskaper som kan påverka funktionshinder på varje nivå.

Funktionsnedsättningar vid psykisk sjukdom

- **Känslighet för stress** kan visa sig i form av överkänslighet för ljud, ljus eller andra sinnesintryck. En minskad filterfunktion gör att en situation med mycket stimuli kan bli svår att klara av.
- **Initiativlöshet och apati** som medför igångsättningssvårigheter och känslotomhet är vanligt förekommande. Kraftig nedstämdhet kan göra det svårt att kunna ta itu med enkla saker och komma igång med aktiviteter.
- **Kvarstående symtom** kan finnas trots behandlingsinsatser. Dessa drar uppmärksamheten från verkligheten, försvårar koncentration och kommunikation med andra människor
- **Biverkningar** kan också innebära nedsatt funktion. De kan påverka motoriken, ge viktuppgång, trötthet eller avtrubbade känslomässiga reaktioner som klart försämrar funktionsförmågan.

- **Svårigheter i sociala situationer** t.ex. att kunna avläsa andra människor. Om man misstolkar minspel, gester eller inte kan "känna av" ett stämningsläge är det risk för ömsesidiga missförstånd. Problem med tvångshandlingar och ritualer försvårar umgänget med andra. Svåra ångesttillstånd kan också medföra komplikationer i sociala situationer.
- **Svårighet att generalisera** handlar om bristande förmåga att omsätta kunskaper och överföra färdigheter från en situation till en annan.
- **Kognitiva svårigheter** med ordförståelse, abstrakt tänkande och helhet kontra smådelar kan försvåra både problemlösning och kommunikation med andra människor. Störd tidsuppfattning, splittring, svårigheter att samla tankarna och fokusera uppmärksamheten påverkar prestationsförmågan inom många områden. Förlust av automatiskt agerande vid daglig verksamhet gör att man måste tänka medvetet även vid rutinhandlingar vilket tar kraft och tid.
- **Bristande motivation** kan ha många orsaker. Förutom kognitiva och emotionella brister kan institutionalisering, krisreaktion, många misslyckanden, fördomar i samhället och dåligt självförtroende påverka funktionsförmågan och bidra till minskad motivation.

Begränsningar i aktivitetsförmåga vid psykisk sjukdom

- **Begränsningar av förmåga till personlig omvårdnad** innebär att inte självständigt kunna sköta sin personliga hygien, mathållning eller städning samt en överhuvudtaget bristande upplevelse av behov och problem. Ett stort behov av daglig hjälp kan skapa integritetsproblem och svåra etiska situationer speciellt om personen själv uppfattar sina behov på ett annat sätt än omgivningen.
- **Begränsningar av kommunikations och relationsförmåga** visar sig på olika plan. Förmågan att förstå andra människor, vad som sägs i tal och vad som uttrycks i icke-verbal kommunikation liksom att läsa av hela situationen kan vara påverkad i olika grad. Att småprata om vardagligheter kan vara lika svårt som att ta emot instruktioner eller förstå en vägbeskrivning.
- **Beteendestörningar** kan bero på kognitiva störningar som försvårar kommunikation och umgänge med andra människor. Beteendestörningar kan även bero på rädsla och osäkerhet och kan öka på grund av hinder i miljön och negativt bemötande från omgivningen.

Delaktighetsinskränkningar vid psykisk sjukdom

Att inte vara delaktig och inte kunna känna trygghet i det dagliga livets aktiviteter och möten med människor leder till att många känner mindervärde, allmän rädsla, osäkerhet och utanförskap i mötet med samhället. Att vara delaktig och kunna känna trygghet förutsätter en matchning mellan individens förutsättningar och omgivningens krav och förväntningar. Det är ofta den bristande möjligheten till delaktighet i ett tillfredställande dagligt liv som medför återkommande behov av vårdinsatser. Det är därför viktigt att i vårdplaneringen inkludera denna typ av resonemang.

Grundläggande principer vid psykiatrisk rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder

Det finns idag en mängd olika psykiatriska rehabiliteringsmodeller och program i olika delar av världen.

Många principer och delar ingår i de flesta programmen och här följer några grundläggande begrepp från olika psykiatriska rehabiliteringsprogram som i viss utsträckning är utvärderade:

- **Hopp.** Alla människor har en utvecklingspotential och personer med psykiska funktionshinder kan tillägna sig fysiska, emotionella och intellektuella färdigheter. Att återge personen en tro på framtiden, på sig själv och möjligheten att påverka sin situation är mycket viktigt.
- **Individens delaktighet.** Psykiatrisk rehabilitering utgår ifrån personens egna målsättningar. Det förutsätter att individen själv är delaktig i planering och utvärdering av rehabiliteringen och har möjlighet att välja miljö, det vill säga påverka var han vill bo, vad han vill syssla med o.s.v.. Det är viktigt att personen själv är nöjd i sin miljö för att kunna fungera väl utifrån omgivningens förväntningar. Den enskildes möjlighet att få kontroll över den psykiatriska rehabiliteringsprocessen lyfts fram som en av de viktigaste drivkrafterna för en framgångsrik psykiatrisk rehabilitering.
- **Konkreta mål.** Inriktningen är att uppnå resultat som är betydelsefulla för den enskilde individen. Målformulering är en viktig del. Långsiktiga och kortsiktiga delmål gör det möjligt att utvärdera resultatet av insatserna.
- **Specifisering.** I planeringen utgår man från den specifika situation som personen har valt för att bo, arbeta eller umgås i, det vill säga den miljö eller roll, som är aktuell. De aktiviteter och insatser man planerar för syftar till att personen skall bli nöjd och välfungerande utifrån egna behov och omgivningens förväntningar.
- **Funktionsförmåga.** Arbetet är fokuserat på att förbättra funktionsförmågan genom åtgärder som utvecklar nya färdigheter, eller hjälper personen att använda färdigheter han redan har på ett optimalt sätt, samt utveckla stödet från omgivningen.
- **Meningsfull sysselsättning/arbete.** Många program betonar vikten av att ha ett arbete och där ingår direkt arbetsrehabiliterande åtgärder. Idag lyfter man även fram vikten av sysselsättning på andra nivåer. Det viktiga är meningsfulla aktiviteter och ett sammanhang där man har en naturlig plats och detta innebär inte regelrätt arbete för alla.
- **Individuell psykiatrisk rehabiliteringsplan.** Psykiatrisk rehabilitering måste vara individuellt anpassad och en personlig psykiatrisk rehabiliteringsplan bör finnas.

För att kunna erbjuda en målinriktad psykiatrisk rehabiliteringsprocess som förutsätter att den enskilde och närstående har inflytande vid planering, genomförande och uppföljning behöver man ha en modell att arbeta efter.

Vårdprogrammet presenterar en modell för psykiatrisk rehabilitering som är utvecklad och prövad i en av Psykos och rehabiliteringsklinikens verksamheter. Metoden bygger på de principer för psykiatrisk rehabilitering som har sitt ursprung i Bostonmodellen, men den är bearbetad och anpassad för de ideologiska och organisatoriska förutsättningar som finns i Psykos och rehabiliteringsklinikens verksamheter. En skillnad mot Bostonmodellen, är att Psykos och rehabiliteringskliniken har att ansvara för både behandling och psykiatrisk rehabilitering för personer med psykossjukdom.

3. DEN PSYKIATRISKA REHABILITERINGSPROCESSEN

Att drabbas av en allvarlig psykisk sjukdom innebär en stor omvälvning i livet som för många leder till katastrofala följder. Man tappar fotfästet i tillvaron och slutar fungera i sina normala sammanhang. Man förlorar sina olika värderade roller. Sjukdomen och effekterna av den kan så småningom ta så stor plats i livet att den kommer att utgöra en stor del av identiteten på bekostnad av den friska.

Följden blir att man förlorar:

- självkänsla
- makt över sitt eget liv
- värderade roller
- hopp

I rehabiliteringsprocessen används begrepp som **tillfrisknande** och **återhämtande** och här avses tillfrisknande från de negativa effekter som kommer av att en individ drabbas av psykisk sjukdom och återhämtande av de förluster man gör i samband med detta.

De negativa effekter man drabbas av kan komma av:

- Sjukdom/symtom
- Medicinsk behandling, eller annan behandling
- Negativa attityder och felaktiga förväntningar hos professionella och närstående
- Brist på adekvata kunskaper hos professionella
- Nedvärderande vårdmiljöer och rutiner
- Stigmatisering och diskriminering i samhället.

Begreppet tillfrisknande utgör själva kärnan i rehabiliteringsprocessen.

I den psykiatriska rehabiliteringsprocessen möjliggörs tillfrisknande från dessa negativa effekter och man kan återhämta det man har förlorat i livet. Därigenom inges hopp om att kunna se nya möjligheter, samt skapas förutsättningar att sätta mål och uppnå dessa och att finna nya värderade roller.

Rehabilitering riktar sig mot boende, arbete/sysselsättning, utbildning och fritid.

Psykiatrisk rehabilitering syftar till att ge människor med psykiska funktionsnedsättningar möjlighet att, genom utveckling av egna färdigheter samt tillräckligt stöd från omgivningen, bli nöjda och väl fungerande utifrån egna och omgivningens krav och förutsättningar, i sitt boende, sysselsättning, fritid och övriga sociala sammanhang de själva väljer.

Konkret betyder det att vi skall hjälpa personen att utveckla de kompetenser som behövs för att man skall klara att

Formulera mål ? Uppnå målet ? Behålla det man uppnått ? Och kunna lämna det om så behövs.

I rehabiliteringsprocessen står alltid personens eget mål, värderingar, erfarenheter och behov i fokus och därigenom skapas ett klimat som befrämjar framtidstro vilket är en viktig grund och förutsättning för den delaktighet och aktivitet som är nödvändig i den egna rehabiliteringsprocessen

Grundläggande begrepp i den psykiatriska rehabiliteringsprocessen

- **I rehabiliteringsprocessen är personen** den rehabiliteringsansvariges **uppdragsgivare** till skillnad mot den traditionella patient – behandlar relationen.
- **Fullständigt inflytande** är en förutsättning, det är omöjligt att rehabilitera någon mot hans eller hennes vilja.
- **Målet** för rehabiliteringen – som alltid är personens eget – och förhoppningen att uppnå det, engagerar till aktivt deltagande i processen och är därför avgörande för rehabiliteringens resultat.
- **Alla aktiviteter** i rehabiliteringsprocessen skall vara tydligt fokuserade mot målet.
- **Alla människor** har en utvecklingspotential, det finns alltid möjlighet till förändring eller förbättring. Målet kan vara en helt ny situation eller en begränsad förändring av den befintliga.
- **Bristande färdigheter** inom ett område säger inget om personens färdigheter inom ett annat område. Svårigheter med hemmets skötsel säger inget om personens intellektuella förmåga.
- **Generösa stödinsatser** kan snabbare leda till ökad självständighet och förbättrad funktionsförmåga. Endast personen själv kan avgöra vad som är rätt stöd insats.
- **Endast personen själv** kan avgöra om och när han eller hon är beredd att delta i en psykiatrisk rehabiliteringsprocess. Omgivningen kan ibland se behov som inte personen själv uppfattar, men om personen själv uppfattar behov kan ingen emotsäga detta.

Den psykiatriska rehabiliteringsprocessens faser

Diagnosfas:

Fastställande av specifikt/aktuellt rehabiliteringsmål

Funktionsbedömning – vilka färdigheter behövs för att uppnå målet och behålla det.

Bedömning av stödbehov – vilket stöd från omgivningen krävs för att uppnå målet och behålla det.

Planeringsfas:

Planering för utveckling av färdigheter som behövs för att uppnå målet och bli nöjd och välfungerande.

Planering för utveckling av stöd som behövs för att uppnå målet och bli nöjd och välfungerande.

Åtgärdsfas:

Genomförande av den psykiatriska rehabiliteringsplanen

Uppföljning med eventuell modifiering av planen.

Utvärdering:

Baseras på personens egen upplevelse och sker gemensamt med uppdragsgivare och rehabiliteringsansvarig

Vidmakthållande:

Planering för att upprätthålla det som uppnåtts eller att fortsätta mot nya rehabiliteringsmål

DIAGNOSFASEN

Psykiatrisk rehabiliteringsdiagnos

Diagnosfasen är en mycket viktig del i rehabiliteringsprocessen då det är där personen sätter det specifika målet för den psykiatriska rehabiliteringen.

Det är alltid personen som väljer sitt mål, utifrån egna och omgivningens förutsättningar, vilket blir avgörande för den psykiatriska rehabiliteringen. Förhoppningen om att uppnå målet motiverar personen att delta aktivt i sin egen rehabiliteringsprocess. Psykiatrisk rehabilitering måste ske med, inte åt personen. En grundläggande princip är att i den psykiatriska rehabiliteringen är personen den rehabiliteringsansvariges uppdragsgivare.

Det kan krävas en lång process innan man kan fastställa ett rehabiliteringsmål, det innebär en rad olika aktiviteter från både den rehabiliteringsansvarige och personen. Diagnosfasen är därför en mycket aktiv del i processen.

Orientering

Den psykiatriska rehabiliteringsprocessen börjar med att vi orienterar personen om rehabilitering för att öka medvetenheten om att det finns ett alternativ och komplement till behandling och omvårdnad. Det ökar också personens intresse att engagera sig i kommande rehabilitering. Det är därför viktigt att förklara att rehabilitering är en egen process som är lika viktig och pågår parallellt med behandling och omvårdnad. Huvudsyftet här är också att skapa kontakt med personen på ett sådant sätt att han känner det unika med psykiatrisk rehabilitering. Att visa förståelse, inspirera och delge goda personliga erfarenheter för att visa på de möjligheter som finns bortom sjukdom och symtom.

Psykiatrisk rehabilitering skall präglas av hoppfullhet och visa på möjlighet till förändring.

Riktning för psykiatrisk rehabilitering

När en person uttrycker en önskan och vilja till förändring inom något eller några av områdena, boende, sysselsättning, utbildning och fritid, kan man bestämma vilken riktning rehabiliteringen skall ha, det vill säga välja vilket område som är viktigast att börja med.

Personliga värden

Genom att analysera tidigare erfarenheter av till exempel boende eller arbete klargör man vilka förväntningar personen har inför det han vill förändra och man kan dra slutsats om vilka värden personen lägger i sitt rehabiliteringsmål.

Undersöka alternativa miljöer

Att undersöka alternativa miljöer för boende, sysselsättning etc. är en aktivitet som ger kunskap om det aktuella mål som den psykiatriska rehabiliteringen riktar sig mot och vilka krav som ställs på personen i den specifika miljön

Man tar reda på speciella kännetecken om olika platser och aktiviteter som förekommer och vilka människor man kommer att möta i den miljö man väljer.

Praktiskt görs detta genom att intervjuar andra, gå på studiebesök, prova på och känna sig för o.s.v.

Undersöka möjligheter till stöd

För många människor med psykiska funktionshinder utgör det personliga stödet ett viktigt inslag i rehabiliteringen mot ett bättre liv. Detta stöd kan vara både professionellt, eller privat genom anhöriga eller vänner. Det är därför viktigt, att tidigt i en rehabiliteringsprocess undersöka vilka möjligheter till stöd personen har för att kunna fungera väl. Vetskapen om att rehabiliteringen kommer att stödjas är ofta mycket betydelsefull för att våga gå vidare med livet.

Beredvillighetsbedömning

En nyckelfaktor i aktivt deltagande i psykiatrisk rehabilitering är personens önskan och vilja till förändring. Psykiatrisk rehabilitering måste ske **med**, inte **åt** personen.

En beredvillighetsbedömning **ger personen möjlighet att själv bedöma** vilken önskan och vilja han har att sätta ett eget rehabiliteringsmål och hur redo han är för det aktiva deltagande som krävs för att uppnå målet i en psykiatrisk rehabiliteringsprocess.

Beredvillighetsbedömningen används också för att identifiera de områden av beredvillighet som behöver utvecklas eller förbättras.

I beredvillighetsbedömningen ingår:

- **Behov av förändring**
Är det personen själv som efterfrågar förändring – internt behov, eller finns det omgivande omständigheter som kräver förändring – externa behov.
- **Engagemang till förändring:**
Uppfattar personen att förändring är möjlig, positiv och nödvändig för honom. Kommer förändringen att stödjas.
- **Medvetenhet om omgivningen:**
Har personen de kunskaper som han behöver för att sätta mål. Till exempel speciella kännetecken om platsen, människorna och aktiviteterna och omgivningens krav i den önskade boende, arbets- eller fritidsmiljön.
- **Självmedvetenhet**
Hur medveten är personen om hur han kommer att fungera i den miljö han valt. Motsvarar den önskade miljön egna önskemål och värderingar?
- **Förtroende för den rehabiliteringsansvarige**
En viktig del är relationen till den rehabiliteringsansvarige, litar personen på denne kan han eller hon delge sina drömmar och önskningsar om ett bättre liv och kan man tänka sig en lång tids relation med den rehabiliteringsansvarige.

Om den övergripande beredvilligheten är hög kan personen börja med att sätta ett specifikt rehabiliteringsmål.

Om bedömningen visar att beredvilligheten är låg, är det mycket viktigt att man på olika sätt ger personen stöd i sin nuvarande situation och erbjuder olika aktiviteter som höjer beredvilligheten och på sikt engagerar personen till att sätta ett rehabiliteringsmål.

Alla människor har en utvecklingspotential, det finns alltid en möjlighet till förbättring.

Att sätta mål

Att sätta det specifika rehabiliteringsmålet involverar personen i processen att göra det val för boende, arbete, studier eller fritid som är aktuellt för de närmaste 6 – 18 månaderna. Längden av tid är viktigt eftersom det kan ta lång tid innan personen lär sig färdigheter eller skaffar stöd innan han kan fungera väl i det han har valt.

Man behöver inte byta miljö för att sätta ett rehabiliteringsmål. Många människor önskar förändringar eller förbättringar i sin befintliga miljö och psykiatrisk rehabilitering syftar då till att hjälpa människor att bli nöjda och välfungerande i det de har.

Andra rehabiliteringsmål kan innebära avancerade studier eller återgång till arbetsmarknaden. **Det kan inte nog betonas, att även små mål och små förändringar som uppnås, kan vara mycket stora framgångar för den enskilde.**

Några exempel på rehabiliteringsmål:

- Eva vill förbättra sin boendesituation på Svartbäcksgatan.
- Kalle vill fullfölja sin utbildning till tandtekniker.
- Erik vill återgå till sin arbetsträning på Café Lindormen.
- Anna vill följa med på socioterapins resor.

Funktionsbedömning

I den psykiatriska rehabiliteringsdiagnosen ingår att man identifierar och kommer överens om de färdigheter som är nödvändiga för att personen skall uppnå målet och vara nöjd och välfungerande i det han valt. Det gör vi genom att utforska omgivningen och ta reda på vilka krav den ställer men också försöka förstå vad som är viktigt för personen.

Bedömning av stödbehov

Man gör en bedömning av vilket stöd som behövs för att utveckla nödvändiga färdigheter eller kompensera funktionsbrister så att personen kan uppnå sitt mål.

PLANERINGSFASEN

- **Planering för utveckling av färdigheter** som behövs för att uppnå målet och behålla det.
- **Planering för utveckling av stöd** som behövs för att uppnå målet och behålla det.

I den psykiatriska rehabiliteringsplaneringen ingår att välja de specifika åtgärder som utvecklar nödvändiga färdigheter eller stöd och besluta vilka färdigheter och vilket stöd som är viktigast att säkra först. Man bestämmer också vem som är ansvarig för åtgärden. Viktigt att här komma ihåg att endast personen själv kan avgöra vad som är rätt stödinsats.

ÅTGÄRDSFASEN

- **Genomförande** av rehabiliteringsplanen.
- **Kontinuerlig uppföljning** med eventuell modifiering av planen.

Åtgärderna i psykiatrisk rehabilitering syftar till att utveckla nödvändiga färdigheter och att utveckla nödvändiga stödinsatser.

Att höja funktionsförmågan i möjligaste mån och att kompensera funktionsbrister.

Färdighetsutveckling

Det finns två olika nivåer av färdighetsutveckling.

Direkt färdighetsträning används när personen inte har nödvändiga färdigheter och syftar då till att personen får kompetens att använda nya färdigheter i rätt sammanhang.

Andra insatser används då personen har den nödvändiga färdigheten, men är på grund av sitt funktionshinder är hindrad att utföra den på ändamålsenligt sätt. Insatsen syftar då till att personen skall komma över de hinder som finns för att använda färdigheten.

Utveckling av stöd

Att utveckla stödinsatser innebär att man dels hjälper personen att söka och ändamålsenligt använda sig av de stödinsatser man behöver för sin rehabilitering och dels att man anpassar och utvecklar befintliga stödresurser, både från professionella och från närstående, så att de stämmer överens med personens behov.

Med närstående menas främst familjemedlemmar eller andra anhöriga som ofta utgör ett väsentligt stöd för individen. Det är därför av allra största vikt att anhöriga får det stöd de behöver för att kunna vara behjälpliga och ha inflytande i processen i den utsträckning de själva och personen önskar. Det är också viktigt att anhöriga får hjälp med avlastning för att orka fortsätta att utgöra ett stöd för personen. Stöd till anhöriga kan ske genom den anhörigutbildning och enskilt anhörigstöd som psykiatrien erbjuder. Nätverksmöten där samtliga berörda deltar är också en bra metod att ge utrymme för delaktighet. Behovet av stöd kan variera under tid, ibland behövs ökade stödinsatser och ibland minskade insatser.

Stödinsatser kan också vara att anpassa miljön och utprova olika hjälpmedel.

UTVÄRDERING

Denna baseras på personens egen upplevelse av om han/hon är nöjd och välfungerande i den valda miljön.

Utvärderingen görs gemensamt av uppdragsgivare och rehabiliteringsansvarig.

VIDMAKTHÅLLANDE

Att planera för att bibehålla det man uppnått eller att gå vidare till nya rehabiliteringsmål

4. ÖVRIGA INSATSER

Psykiatriska insatser

Behandling, rehabilitering och andra insatser måste ske parallellt och tyngdpunkten i insatserna varierar över tid beroende på de behov den enskilde individen har.

Exempel på psykiatriska insatser kan vara:

- Medicinering som skall utprovas noggrant utifrån effekt och biverkningar så att den underlättar och möjliggör de övriga insatserna.
- Omvårdnadsinsatser som strävar efter att bevara och/eller öka personens förmåga att tillgodose psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov. Omvårdnadsarbetet fokuserar på att befrämja personens hälsa och göra det möjligt för personen att tillgodogöra sig andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser
- Insatser kan även vara krisintervention för att skapa säkerhet i livshotande situation eller att förebygga att sådan situation uppstår.
- Behandlingsinsatser som syftar till att uppnå sjukdomsförståelse, realitetsanpassning, träna kommunikation och stresshantering eller att få hjälp att förstå och respektera sambandet mellan kroppsliga och psykiska processer. Sådana insatser kan ske individuellt eller i grupp.
- Att få hjälp att hitta tekniker som gör att man kan hantera eller kompensera för kvarstående symtom eller speciella svårigheter.
- Psykosociala insatser som social eller ekonomisk rådgivning och konsultation.
- Insatser för att utveckla och kompensera en nedsatt aktivitetsförmåga så att personen klarar sin dagliga livsföring. Närstående kan erbjudas utbildning, kommunikations- och problemlösningssinriktade insatser samt stresshantering.

Insatser med delat ansvar

För att människor med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna leva ett så rikt och värdigt liv som möjligt krävs en samverkan av insatser. Ansvaret för insatserna kan ligga hos olika vårdgivare och myndigheter och dessa måste samordnas för att uppnå bästa möjliga resultat för den enskilde individen.

Den individuella planen, IP, eller en handlingsplan är verktyg som används för samordning av insatser. CAN – skattning används för att ta reda på vilka olika behov individen har.

Insatser där ansvaret är gemensamt mellan flera myndigheter är:

- **Grundläggande stöd**
Att tillgodose behov när det gäller boende, mat, kläder, ekonomi, hälsovård m.m. alltså överlevnad på sikt och med bibehållen hälsa. Kommunen ansvarar i stora delar för det grundläggande stödet och den generella omvårdnaden och det är viktigt med ett bra samarbete mellan kommunen och psykiatrin. Psykiatrin ska bidra med psykiatrisk omvårdnad och rehabilitering i personens närmiljö.

- **Rättighetsbevakning**

Att ge information om och hjälp med att söka de insatser och det stöd som finns inom rättighetslagstiftningen och påvisa när lagstiftningen är bristfällig för målgruppen. En annan uppgift när det gäller rättighetsbevakning är att se till att personer får del av olika behandlings- och vårdinsatser som inte finns inom den egna organisation men som kan erbjudas på annat håll.

- **Hjälp till självhjälp**

Att informera målgruppen om möjligheterna till kamratstöd och självhjälp. Det kan vara att följa med på studiebesök till RSMH - föreningar och andra brukarorganisationer. Stöd ska också ges vid till brukare- och anhörigföreningar. En annan uppgift är att initiera och starta upp grupper där målet är att gruppen blir en självhjälpsgrupp. Vi ska verka för att personernas privata nätverk bibehålls och ge stöd och information till närstående.

- **Livskvalitet**

Att ta reda på vad individen upplever viktigt för en god livskvalitet och om den är låg, vad som kan hjälpa till att förbättra den. Det kan exempelvis vara att undanröja hinder, mobilisera resurser och underlätta att ta del av vad samhället erbjuder. Livskvalitet är något subjektivt och det är individens egna värderingar som ska gälla.

- **Resurskoordination**

Handlar om samordning av individuellt utformade stödinsatser. I psykiatrins organisation är detta i första hand en uppgift för Patientansvarig personal, PAP.

5. PSYKIATRINS ANSVAR I REHABILITERINGSARBETET

Behandlingsarbetet ansvarar vi inom psykiatrin för medan ansvaret för psykiatrisk rehabilitering och andra insatser kan delas med andra vårdgivare eller myndigheter och därför blir det viktigt att samordna insatserna och att samarbeta. Den psykiatriska rehabiliteringsmodell som presenteras här kan även användas av kommunen eller andra aktörer som har ansvar för delar av den psykiatriska rehabiliteringen. Det ansvar som specifikt åligger psykiatrin är:

- Att ansvara för att en rehabiliteringsprocess erbjuds och tillsammans med personen driva processen mot uppställda mål avseende boende, arbete/sysselsättning, studier och fritid.
- Insatser där psykiatrisk erfarenhet och kompetens kan vara nödvändig, exempelvis i diagnosfasen.
- Att ge personen det stöd och den förberedelse som är nödvändig för att tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser från andra vårdgivare/myndigheter.
- Att initiera insatser och ge stöd och kunskap till andra myndigheter som deltar i rehabiliteringsarbetet.

För att bedriva psykiatrisk rehabilitering måste vi urskilja olika interventioner och härleda dem till antingen behandling, omvårdnad eller rehabilitering. Kompetensen vad gäller behandling och omvårdnad är god inom psykiatrin, men kunskaper om rehabilitering har hittills varit otillräckliga och vi har också saknat en gemensam modell. Därför är det av största vikt att behovet av utbildning, fortbildning och handledning i psykiatrisk rehabilitering tillgodoses.

Det är viktigt att vi har forum för att lyfta fram rehabiliteringsperspektivet och dryfta rehabiliteringsfrågor, det kan vara på teamkonferenser, behandlingskonferenser, individuella samtal, personalutbildningar och i handledning av personal. Verksamheterna måste erbjuda ett arbetsklimat som ger utrymme för och tillåter personal att tänka och handla utifrån ett rehabiliteringsperspektiv.

Rehabilitering skall ske i patientens realistiska miljö. Vi måste alltså ha strategier i vår organisation som möjliggör att resurser flyttas dit där patienten lever och bor.

Vi behöver en organisation som kan ge hög tillgänglighet och flexibilitet i form av aktiva insatser. Inom Psykos och rehabiliteringskliniken kan vi åstadkomma detta genom att ha en integrerad öppen och sluten vård inom rehabiliteringsområdena. Detta lösgör resurser för öppenvård, erbjuder en obruten vårdkedja samt kontinuitet i såväl behandling som rehabilitering.

Vi kan på detta sätt vara fler personer kring patienten för att säkerställa kontinuitet i insatser. Erfarenhet har visat att ökade insatser vid behov gör att patienten snabbare når oberoende och självständighet. Detta leder även till att behovet av slutenvård väsentligen minskas.

Basen för såväl behandling som för rehabilitering ligger i öppenvård.

Om patientens psykiatriska tillstånd kräver vård på psykiatrisk avdelning fokuseras insatserna på behandling och omvårdnad. Det är då viktigt att patientens PAP aktivt deltar i all planering och hjälper patienten att upprätthålla kontakten med sin närmiljö för att minimera det avbrott i rehabiliteringen som följer.

Vårt arbete förutsätter ett gott samarbete med andra vårdgrannar eller myndigheter som vi delar rehabiliteringsansvaret med. Vi måste vara generösa med stöd och konsultation till de som vi samarbetar med kring våra patienter.

Alla patienter skall erbjudas psykiatrisk rehabilitering utifrån de behov av och önskemål om förändring hon eller han har.

6. SAMVERKAN

En förutsättning för en framgångsrik rehabilitering är en god samverkan och ett gott samarbete med andra vårdgrannar eller myndigheter som delar rehabiliteringsansvaret. Ett samarbete som ska starta i ett tidigt skede mellan olika befattningshavare kring enskilda individer.

Det är också viktigt att vi, inom Psykos och rehabkliniken, är generösa med att ge stöd och konsultation till dem vi samarbetar med kring våra patienter.

Det är önskvärt att ha ett gemensamt synsätt och arbetsmetoder som tillåter ett gränsöverskridande då de olika ansvarsområdena mellan myndigheterna ibland är svåra att skilja ut.

Den rehabiliteringsprocess som presenteras i vårdprogrammet och som nu användes inom vissa delar inom Psykos- och rehabiliteringskliniken har sitt ursprung i Bostonmodellen som presenterades på de rehabiliteringsutbildningar Psykos och rehabkliniken haft tillsammans med kommunen, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Där har vi en gemensam grund att bygga vidare på. Detta kan ske genom kunskaps- och erfarenhetsutbyte och fortsatt gemensamma utbildningar.

Det är också av högsta vikt att inbjuda brukar- och anhörigorganisationer, t ex RSMH och IFS, för att hitta former för samverkan och ökat inflytande även på verksamhetsnivå.

För Uppsala län finns ett samarbetsdokument med en överenskommelse om samarbete med och för personer med psykiska funktionshinder. Detta dokument är undertecknat av representanter från Landstinget, Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden, Kommunförbundet, RSMH och IFS.

Syftet med detta dokument är att berörda myndigheter i Uppsala län skall samverka i alla led utifrån den enskildes behov så att samhällets samlade resurser används på ett effektivt sätt.

Detta uppnås bl.a. genom

- Gemensamt ansvar
- Gemensamt synsätt
- Personalsamverkan
- Informations/utbildningsinsatser.

I samarbetsdokumentet står bl.a. följande om Individuell Plan (IP) och Handläggares ansvar:

”För alla psykiskt funktionshindrade som behöver insatser från mer än en myndighet upprättas en individuell plan. Det är ett individstyrt instrument för planering av insatserna. Planen upprättas i samarbete med den enskilde och en ”IP-ansvarig” skall utses av individen. Om den enskilde inte önskar en individuell plan upprättas en handlingsplan.

Det är den handläggare som först kommer i kontakt med en psykiskt funktionshindrad person som har ansvar för att informera om de rättigheter och möjligheter till stöd och service som finns. Om individen medger det, skall handläggaren tillsammans med den enskilde sammankalla till ett nätverksmöte för att upprätta en individuell plan. Detta ansvar gäller oavsett inom vilken organisation och på vilken nivå handläggaren arbetar”

Inom de olika samverkansområdena skall finnas lokala överenskommelser om samverkan.

SLUTORD

Vår förhoppning är att detta vårdprogram skall kunna användas i det praktiska arbetet. Synpunkter som har kommit oss till del under arbetes gång har visat på behovet av en gemensam strukturerad modell för psykiatrisk rehabilitering.

Till vårdprogrammet bifogas även den Plan för psykiatrisk rehabilitering som har framtagits samtidigt med vårdprogrammet. Planen skall kunna användas med vårdprogrammet som grund.

Avslutningsvis vill vi återknyta till några av de viktigaste kärnpunkterna i vårdprogrammet.

Delaktighet och trygghet i dagliga livets aktiviteter kräver en matchning mellan individens förutsättningar och omgivningens krav och förväntningar.

För att åstadkomma denna matchning krävs en målinriktad process som förutsätter fullständigt inflytande och delaktighet.

Den psykiatriska rehabiliteringsprocessen innebär att vi skall hjälpa personer att formulera mål, uppnå målet och behålla det.

Alla människor har en utvecklingspotential, det finns alltid möjlighet till förändring eller förbättring.

Även små mål och förändringar kan innebära stora framgångar hos den enskilde.

All rehabilitering måste ske ur personens egen vilja och önskan till förändring.

Alla patienter skall erbjudas en psykiatrisk rehabilitering utifrån egna behov och önskemål.

Vi måste ställa frågan: Vad vill du förändra eller förbättra avseende boende, arbete/sysselsättning eller fritid ?

8. REFERENSER

Anthony, Cohen & Farkas (1990). Psychiatric Rehabilitation

Anthony, & Spaniol. (1994). Readings in Psychiatric Rehabilitation.

Borg & Brunn (1998). Individuella planprojektet.

Cohen, & Mynks (1993). Assessing and Developing Readiness

Lokala samverkansöverenskommelser 2001-2002

Länsövergripande samarbetsdokumentet, version 1999-2001

Rapport (2001) Rehabiliteringsprojekt i norduppland , Per Stenborg, Lena Petersson mfl

Riktlinjer för psykiatrisk rehabilitering, socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd till personer med psykossjukdom, version feb. 2001.

Psykos och rehabkliniken (1999). Handlingsprogram för rehabilitering.

Spaniol. Gagne, & Koehler (1997) Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability

ICF (2001). www.sos.se/epc/klassifi/ICF.htm

WHO (1999). www.who.ch/icidh

Länkar:

www.bu.edu/cpr - centre for psychiatric rehabilitation