

STRESSANALYS

Namn: _____ Pnr: _____

Datum: _____

Situationer jag kan känner mig stressad av:

Platser jag kan bli stressad av:

Personer jag kan bli stressad av:

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

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

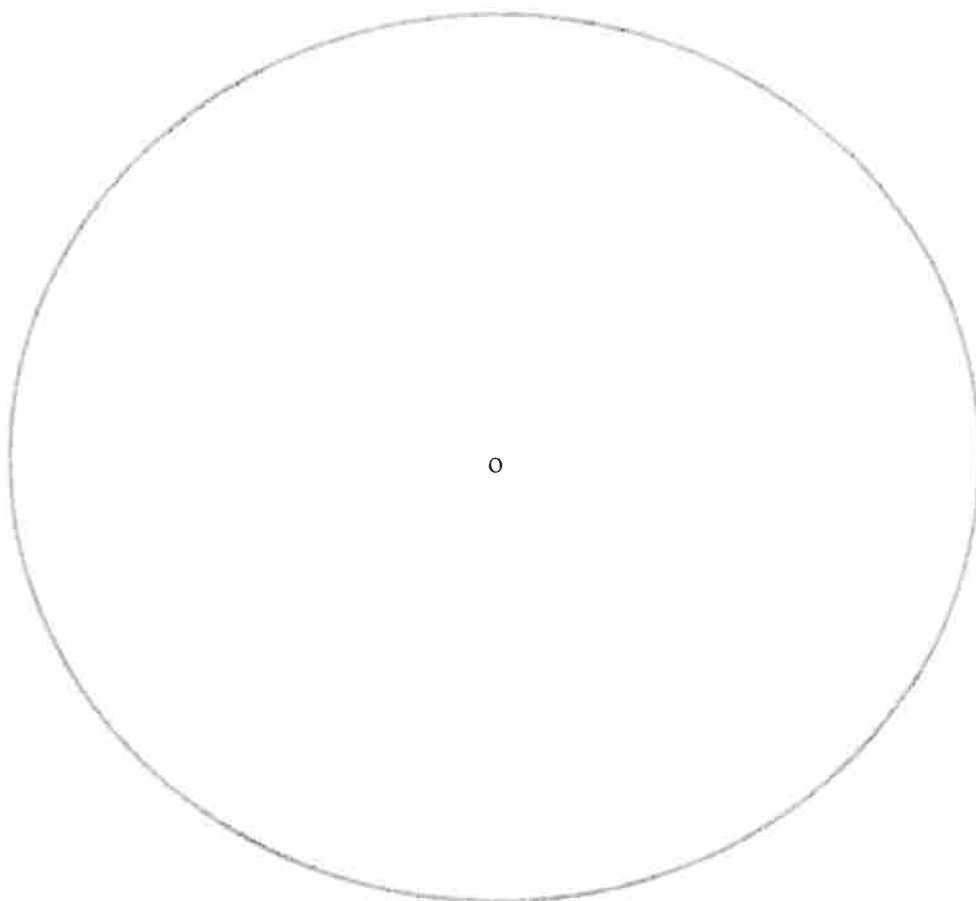
Övrigt som stressar/påverkar mig:

Namn: _____ Datum: _____

Arbetsblad: Sociogram/ nätverksanalys

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?



Samtycke till upphävd sekretess

Vid verksamheterna MiniMaria Nacka och Nacka beroendemottagning samverkar kommunens beroendeverksamhet med hälso- och sjukvårdspersonal från Maria Ungdom respektive Capio Maria. För att ge våra patienter och klienter den bästa hjälpen behöver vi, personalen från de olika vårdgivarna, kunna samverka och dela information med varandra.

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att berörd personal från kommun och landsting vid verksamheterna MiniMaria Nacka och Nacka beroendemottagning, äger rätt att utbyta information och uppgifter med varandra avseende mitt ärende, min vård och vid behov min patientjournal utan att sekretess föreligger.

Jag samtycker även till att personalen på mottagningen samverkar med pågående kontakter jag har vid:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BUP:..... | <input type="checkbox"/> Familjeverksamheten | <input type="checkbox"/> Nacka Ungdomsmottagning |
| <input type="checkbox"/> Vuxenpsykiatri:..... | <input type="checkbox"/> Barn- och Ungdomsverksamheten | |
| <input type="checkbox"/> Husläkare/vårdcentral:..... | <input type="checkbox"/> Polarna | <input type="checkbox"/> Annan:..... |
| <input type="checkbox"/> Skolhälsovård/kurator:..... | <input type="checkbox"/> Socialtjänstmyndigheten i Nacka | |

Datum för lämnat samtycke

Vårdtagares underskrift

Namnförtydligande

Personnummer

Vårdnadshavare

(om patient är under 18)

Namnförtydligande

Medgivande mottaget av:

Vårdgivares underskrift

Namnförtydligande

Befattning

Verksamhet

Detta medgivande kan när som helst återtas genom att meddela personal vid mottagningen att samtycke till upphävd sekretess ska upphöra att gälla.

Namn	Ålder	år
<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	Möte nr: Datum

Var vänlig och skatta dagens samtal genom att sätta en markering på linjen
– sätt markeringen i det läge som bäst stämmer med din upplevelse:

Relation

Jag kände mig inte
hörd, förstådd och
respekterad

|.....|

Jag kände mig hörd,
förstådd och
respekterad

Mål och ämnen

Vi arbetade inte med
eller pratade inte om
det som jag ville arbeta
med och prata om.

|.....|

Vi arbetade med eller
pratade om det som jag
ville arbeta med och
prata om.

Sätt att arbeta eller Metod

Sättet vi arbetade på
passar mig inte.

|.....|

Sättet vi arbetade på
passar mig bra.

Allmänt

Det var något som
saknades i dagens
samtal.

|.....|

Dagens samtal
passade mig helt.

1. Beskriv dina besvär!

2. Vilken diagnos har dina besvär fått? Anser du att den är rätt?

3. Hur påverkar dina besvär ditt dagliga liv?



4. Berätta om bakgrunden till dina besvär. När började de? Varför tror du att de kom?

5. Tycker du att du har tillräcklig kunskap om dina besvär?

6. Varierar besvären mycket från dag till dag? Vad tror du det beror på?

7. Hur tror du andra ser på din situation?



Har du någon gång känt dig särskilt utsatt eller diskriminerad?

8. Hamnar du ofta i konflikter? Vad brukar de i så fall handla om?

9. Vad får dig att må bra?

10. Vad får dig att bli glad?



11. Säg några positiva saker om dig själv.

12. Vad har du för intressen?

13. Vilka situationer eller händelser får dig att må sämre?

14. Hur märker du att du börjar må sämre?



15. Vad gör du om du märker att du börjar må sämre?

16. Kan det finnas vissa besvär även de perioder du mår bra?

17. Har du i så fall några bra knep för att hantera dessa besvär?

18. Har du familj/närstående? Hur tror du de ser på din situation och dina besvär?



19. Tar du hjälp av andra, t ex släkt eller vänner? Kan du tala med dem om dina besvär eller problem?

20. Vilka för- eller nackdelar kan medicinen ge?

21. Hur ser du på att din närstående/brukare tar medicin?



22. Finns det några barn med i bilden? (Om inte gå till fråga 28).

23. Vet barnet/barnen om att brukaren har en sjukdom/funktionsnedsättning?

24. Vet du om barnet/barnen har några frågor?

25. Tycker du det är viktigt att barnet/barnen får kunskap om brukarens sjukdom/funktionsnedsättning?



27. Finns det stöd runt barnet/barnen om behov skulle uppstå?

Bra kompletterande frågor:

Vilken hjälp tror du att din närstående/brukare behöver?

Hur mycket har din närståendes/brukares besvär påverkat dig och ditt liv?

Har du fått den information du behöver?



Vilket stöd tycker du att du behöver för egen del?

Känner du dig delaktig och har du möjlighet att påverka din och din närståendes/brukares situation?