

SiS följer upp och utvecklar

5/04

En metodik för att göra
dokumentation användbar i behandling

MAPS

David Öberg

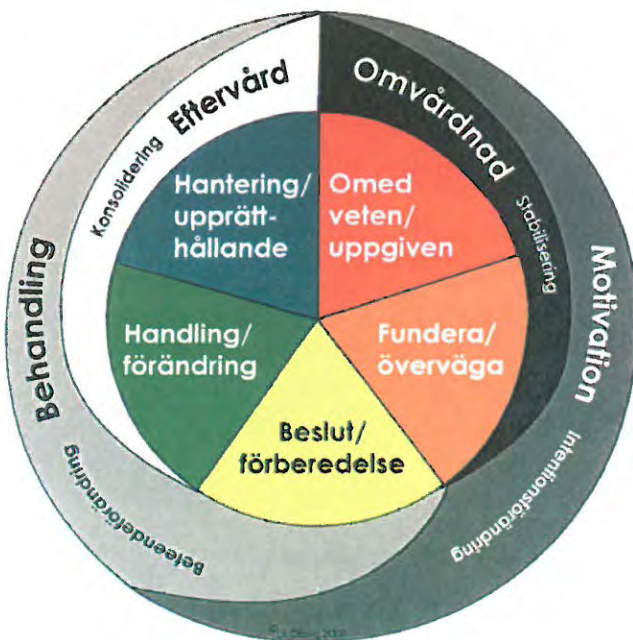
Statens
institutions
styrelse SiS



MAPS

En metodik för att göra
dokumentation användbar
i behandling

David Öberg



Figur 1. Förändringsmedaljongen

Författarpresentation

David Öberg är doktorand i socialt arbete. Öberg har arbetat med ungdomar, utbildat fritidsledare och fältassistenter samt som personalkonsulent med inriktning på missbruksproblematik. Under ett antal år var han knuten till ADAD-projektet vid SiS FoU. Hans akademiska bana började med arbete för institutionen för barn och ungdomspsykiatri i Umeå och vidare med Sten Rönnberg och hans grupp vid institutionen för socialt arbete i Stockholm.

Sedan ett flertal år är Öberg bosatt i Holland dit han kom via en anställning i ett europeiskt forskningsprojekt, BiomedII-IPTRP. Han har fortfarande anknytning till Sverige genom projekt vid SiS och Kriminalvårdsstyrelsen samt tillsammans med Hans Bergman vid Karolinska Institutet. Den internationella anknytningen består, förutom av medverkan i MAPS-baserade projekt i Holland och andra länder med internationella utbildningar i utredningsmetodik, av medverkan i ett europeisk forskningsprojekt om ungdomar i psykiatrisk tvångsvård.

Beställs genom SiS hemsida: www.stat-inst.se

Rapport nr 5/04

ISSN 1403-1558



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2004

Förord

Att utveckla, implementera och avrapportera en ny metodik både kan och bör ta tid, skriver författaren i inledningen till denna rapport, som är en sammanfattning av ett sju år långt utvecklingsarbete. Vi kan konstatera att det har tagit tid och att det fortfarande är ett pågående arbete med ytterligare revideringar. Ändå tycker vi att det är dags att presentera de idéer som har varit vägledande för arbetet. De har sitt ursprung i ett europeiskt forskningsprojekt, IPTRP-projektet som SiS deltog i tillsammans med ytterligare 9 länder under senare delen av 1990-talet. Där behövdes ett nytt instrument för att beskriva behandlingsinstitutionernas arbete. David Öberg hade en idé om att beskriva institutionerna i samma dimensioner som klienterna, i detta fall de olika ASI-områdena. Tanken var att vid uppföljning kunna bedöma ifall resultaten kan relateras till hur institutionerna tillgodoser klienternas behov inom de olika livsområdena. Ytterligare en dimension har tillförts den s k transteoretiska modellen för förändring, som har utarbetas av Prochaska och DiClemente. Resultatet blev MAPS- instrumentet (Monitoring Area and Phase System), som under årens lopp har utprovats inom SiS på Rällsögården och Karlsvik av David Öberg och Björn Sallmén. På SiS FoU har Vera Segraeus hållit i tyglarna och försökt hindra arbetet från att skena iväg alltför snabbt. Det visar sig nog så här i tillbakablick att det varit klokt med tanke på den fortgående kreativa utveckling som skett. Nu börjar systemet bli mer stabilt och det är dags att låta en större krets få ta del av resultatet av de utvecklingsansträngningar som gjorts. Rällsögården och Karlsvik har fått vara experimentverkstäder eller kliniska forskningsenheter och har därmed bidragit till att implementera ett moduluppbyggt instrument för behandlingsplanering som kan komma att användas på fler SiS-institutioner framöver.

Den rapport som nu föreligger är tänkt att fungera både som en introduktion i ett sätt att tänka kring systematisk dokumentation som en grund för behandlingsplanering och som en fördjupning för dem som kommit i ytlig kontakt med begreppen. Inledningsvis beskrivs systemet i sin helhet med ingående delar och moduler. Därefter följer en fördjupning i klientintervju och återföringssamtal med de olika instrument som ingår, följt av en genomgång av institutionsbeskrivning, där institutionens resurser kartläggs, vilka tillsammans med klientens behandlingsbehov ligger till grund för målformulering och behandlingsplanering. På så sätt får vi ett helt system, som också kan ligga till grund för uppföljning. Bilagda finns de MAPS-instrument som beskrivs i rapporten. De är naturligtvis fria att användas, men erfarenheten har visat att det krävs särskild utbildning för att kunna använda dem på ett tillförlitligt sätt. En sådan kompetens har vi nu inom SiS.



Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
1 Inledning	6
2 MAPS, en sammanfattning	9
3 Biomed-IPTRP och MAPS, en bakgrund	13
4 Behandlingsplanering	15
Introduktion	15
Metodik	16
5 Klientintervju – AREA	17
Klientintervju – ASI	17
Skattning och sammanfattning – AFF	19
ASI Feedback Form	21
Från enskilt problem till samlad problematik	22
Global bedömning	24
Huvudsaklig problematik/förändringsbehov	25
6 Återföringssamtal – FAS	27
Återföringssamtal – AFF och CHANGE	27
Återföring till klienten	27
RAFF – Reviderad AFF	29
Förändringsfas	29
Förändringsfaser, exemplet rökning	32
Vårdfas	35
CHANGE	37
CHANGE-intervjun i praktiken	39
7 Institutionsbeskrivning	42
Utarbetandet av en metodik för att beskriva institutioner	42
MAPS-Enhet 3.0	44
Interventionsspektrum	45
Insatser	47

8 Måldiskussion – RAFF, Mål och Prioritet	54
RAFF	54
Mål	55
Prioritet	56
9 Behandlingsplanering	59
Behandlingsplan	59
Struktur	59
10 Instrument – att tänka på	62
Övrig utredning och bedömning	62
Referenser	66
Bilaga: Formulär	67

I Inledning

Utgångspunkt för denna skrift är att beskriva Monitoring Area and Phase System (MAPS) och en på MAPS utvecklad generell metodik för strukturerad behandlingsplanering. Denna skrift vänder sig främst till intresserade inom SiS och framförallt till två målgrupper. Den ena är alla, som genom åren har utbildats i MAPS och vill ha en fördjupning i varför MAPS ser ut som det gör idag, vilka tankar som finns bakom systemet och metodiken för behandlingsplanering, samt vad som har hänt sedan de utbildades. Den andra målgruppen är institutionschefer, personal vid SiS huvudkontor och andra som genom åren har undrat över vad MAPS är och vad det kan användas till. Med rapporten får även SiS FoU en rapportering av det arbete som utförts inom ramen för ett antal utvecklingsprojekt under åren. Skriften beskriver MAPS och de överväganden, som ligger bakom konstruktionen av MAPS. Inom temat "Behandlingsplanering" presenteras olika moment som ingår i en generell metodik och insprängt i texten finns fördjupningar som syftar till att ge läsaren en insikt i varför MAPS ser ut som det gör. Utbildningsmanualer för både ASI-X och MAPS finns skrivna av mig och Björn Sallmén och även dessa bygger på temat "Strukturerad behandlingsplanering".

Att utveckla, implementera och avrapportera en ny metodik både kan och bör ta tid. Då utvecklingen på intet sätt är färdig, har det varit svårt att efter sju års engagemang slutligen sätta punkt för rapporten. Rapporten belyser hur MAPS och metodiken för strukturerad behandlingsplanering såg ut 2003. Nu när det närmar sig sommaren 2004 är en slutgiltig revidering av formulär och metodik på gång och för första gången kan vi med gott samvete säga att MAPS kan betraktas som stabilt för de närmaste åren. Även om formulären till hösten inte har många bokstäver gemensamt med vad vi började med för sju år sedan, håller dock själva grundidén om Area och Fas; det är bara hur den har konkretiserats i formulär och metodik, som har raffinerats i kampen med verkligheten. Att formulären förändras något berövar dock inte ifrån denna skrift något väsentligt, då bakgrunden och övervägandena bakom MAPS är desamma, och den generella metodiken för behandlingsplanering är generell nog att kunna användas med de nya versionerna av instrumenten.

Att jag i skriften använder temat behandlingsplanering som utgångspunkt beror på att behandlingsplanering är det tema som ASI/MAPS-utbildningen har. Genom att belysa EuropASI och MAPS i ljuset av behandlingsplanering, får man ett sammanhang som gör det lättare att förstå instrumenten och metodiken. Genom detta hoppas jag att läsaren kan få idéer om hur MAPS kan användas även i andra sammanhang. Modell för behandlingsplanering hämtar sin inspiration från olika projekt. Ett av dessa var Karlsvik LVM-hems SiS-finansierade utvecklingsprojekt "Strukturerad behandlingsplanering", där även Ekebylund, Runnagården och Rällsögården ingick.

Kriminalvårdens arbete med att utveckla sitt dokumentationssystem, baserat på ASI-X och MAPS, till ett verktyg för verkställighetsplanering och metodik för personutredningar, har gett ovärderlig kunskap och erfarenhet. Det som dock främst har fått stå till grund för den generella modell, som här presenteras, är den modell och de erfarenheter som jag har haft möjlighet att vara med att ta fram i Holland, och som presenterades med en skrift vid SoRAD:s ASI-konferens på Skarpö i januari 2003. (SoRAD, Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning)

Skriften är även en biprodukt från implementeringsarbetet med MAPS på Rällsögården. Upprinnelsen är ett utvecklingsprojekt vid Rällsögården år 2001 där situationen vid institutionen inte medgav den för projektet nödvändiga datainsamlingen. På förslag av SiS FoU avsattes delar av projektmedlen till att påbörja denna rapport.

Implementationen av ASI och MAPS vid Rällsögården hade i praktiken sin start redan 1997 i och med att Arne Gerdner och jag höll en introduktionsutbildning i MSNA (The Maastricht Social Network Analysis) och ASI på Runnagården. Utbildningen var för den personal från Runnagården och Rällsögården som skulle sköta datainsamlingen i projektet. Rällsögården var med i projektet men hade, i motsats till Karlsvik och Runnagården, inte egen personal med forskningskompetens anställd, utan fick vid detta tillfälle stöd från Runnagården. Då Gerdner befann sig i slutfasen av sitt avhandlingsarbete kom jag att ta över ansvaret för att stötta Rällsögården i dess medverkan i projektet. Fram till 2001 handledde jag och stöttade Rällsögården i arbetet med ASI och MAPS, i och utanför utvecklingsprojektet "Strukturerad behandlingsplanering". Efter att projektet avslutades fortsatte jag att stödja institutionen i implementationsarbetet under 3 år. Den erfarenhet vi har kunna dra av projektet "Strukturerad behandlingsplanering", är att det inte räcker med kompetent personal på institutionen utan att kontinuerligt externt stöd och handledning är nödvändigt för att metoder som ASI/MAPS skall kunna få ett ordentligt fotfäste i en institutions inre liv. Detta är även erfarenheter från DOK- och ADAD-projekten, det vill säga att kontinuerligt stöd, utbyte av erfarenheter med andra och god organisation är nödvändigt för effektiv implementation.

I egenskap av författare hoppas jag att denna skrift kan komma att resultera i ökat intresse för MAPS inom SiS. Metoden passar lika bra för vuxen- som ungdomsvård inom myndighetens verksamhet och vi arbetar nu med att anpassa metodiken till DOK-systemet på vuxensidan. Erfarenheter från implementation och utbildning, både inom och utanför myndigheten, har lett till att Karlsvik idag har kompetens och resurser att utbilda interna handledare och utbildare i EuropASI och MAPS samt behandlingsplanering för de institutioner inom SiS som är intresserade. ??

I denna skrift har det historiska perspektivet en stor roll. Jag vill därmed även ta chansen att tacka den grupp inom SiS som påbörjade arbetet med MAPS. Tack Vera Segraeus, Arne Gerdner och Ingegerd Jansson för allt arbete ni lade ner. Tack Björn Sallmén för allt slit, både det som varit och det som kommer.

Bland SiS institutioner vill jag passa på att tacka personalen vid Karlsvik och Rällsö-

gården för allt arbete med MAPS under åren samt dem vid Runnagården och Ekebylund som med sitt arbete och sina synpunkter bidragit till utvecklingen. Institutionschef Bertil Bokander vid Karlsvik skall ha ett stort tack för sitt stöd genom åren. Harriet Lundefors, institutionschef vid Rällsögården, skall ha tack för att ha gett mig möjlighet att praktisera MAPS på en institution som inte har haft de möjligheter och förutsättningar som Karlsvik haft. Slutligen vill jag tacka all personal på Rällsögården.

2 MAPS, en sammanfattning

MAPS, Monitoring Area and Phase System, är ett system för att följa Area och Fas. På svenska skulle man kunna kalla det ett system, som följer behandling utifrån dimensionerna Area (livsområde) och Fas (vård- eller förändringsfas).

MAPS är inte bara ett system av mätinstrument eller formulär utan har även utvecklats till en metodik för att arbeta med klienter där strukturerad utredning och bedömning är en viktig del av metodiken men där kärnan är att utgå från klientens behov och egen beskrivning av sin situation. MAPS-metodiken strävar efter att göra klienten till en aktiv aktör i sin egen förändringsprocess och att underlätta för övriga aktörer att samordna sina aktiviteter med klientens.

MAPS konstruerades från början utifrån en forskningsdesign med mätning vid inskrivning, utskrivning och uppföljning av klienten och med beskrivning av enheten och dess resurser i samma dimensioner som klientbeskrivningen. MAPS har sedan utvecklats i ett samspel mellan teori och praktik där den teoretiska grunden bakom systemet har fungerat som en kompass i utvecklingsarbetet. Det internationella sammanhang som MAPS är skapat i har även det reflekterats i designen av systemet och i den metodik som baseras på MAPS genom att instrumenten och metodiken med nödvändighet skall vara generell istället för specifik och är därmed konstruerad för att fungera ihop med olika typer av vård och behandling oavsett teoretisk, kulturell eller vårdkontext.

MAPS utgår från två dimensioner och har fyra delar uppbyggda med sju moduler. MAPS två dimensioner går igenom hela systemet. Dimensionerna är Area och FAS. Det mest som beskrivs, studeras berörs i MAPS kan delas in i Area eller Fas.

AREA baserar sig på de livsområden som används i ASI (McLellan et al, 1992), EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995) och EuroADAD (Friedman et al, 2002). I MAPS kallas områdena: Fysisk hälsa, Sysselsättning och försörjning, Missbruk, Brottslighet, Familj och umgänge samt Psykisk hälsa. I MAPS kan teoretiskt alla insatser, problem och förutsättningar etc placeras in under något av dessa områden. Area definieras utifrån vilken typ av insatser som normalt behövs. Utifrån detta placeras sedan problem, styrkor och förmågor, företeelser etc in i ett av områdena. Behövs exempelvis insatser av medicinsk karaktär placeras en företeelse in under Fysisk hälsa, insatser av social karaktär placeras in under Familj och umgänge och så vidare.

Även om Area i MAPS från början är modellerat utifrån ASI är uppdelning i livsområden inget som är specifikt för ASI och instrument baserade på ASI. Att dela upp instrument, frågeformulär, enkäter och mallar utifrån olika typer av områden är vanligt inom de flesta människovårdande verksamheter. När kriminalvården funderade på vilket dokumentationssystem de skulle välja var inte bara ASI och MAPS på tal.

Man tittade även på ett instrument från Kanada vilket även det var uppdelat i liknande områden som ASI men med en klarare inriktning på brottslighet. På samma sätt har man bland annat inom sjukvård, arbetsrehabilitering och skolor olika metoder som bygger på uppdelning i livsområden. Under de år jag har utbildat i MAPS, ASI och ADAD har jag stött på människor från en mängd olika branscher och yrkesgrupper och de flesta har erfarenheter av uppdelning i områden även om dessa kan ha olika namn och innehåll. I MAPS är områdena generella och vi talar om livsområden och inte om problemområden eftersom områdena inte enbart berör problem utan även lösningar, förmågor, erfarenheter o s v. Genom att Area i MAPS är övergripande och neutralt blir det lätt för personer med erfarenhet av områdesuppdelning att känna sig hemma med systemet. Därmed har Area förutsättningar att utgöra en av byggstenarna i ett "gemensamt språk" för att underlätta kommunikation mellan klient och behandlare samt mellan behandlare från olika discipliner och vårdsektorer.

FAS baserar sig på förändringsfaserna i den så kallade transteoretiska modellen vilken har utvecklats av Prochaska och DiClemente (Prochaska et al, 1992). Faserna indelas i omedveten/uppgiven, fundera/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring och hantering/upprätthållande. Den svenska översättningen är framtagen i samråd med Carlo DiClemente. Fas betecknar även de fyra vårdfaserna vilka beskriver vård och vårdinsatser. Vårdfaserna är definierade utifrån den transteoretiska modellen och knyter an till förändringsfaserna.

Utgångspunkten för FAS är den beskrivning av hur människor förändras som har utvecklats av Prochaska och DiClemente, den så kallade transteoretiska modellen för förändring (på engelska kallad Stages of Change – SoC). Modellen utarbetades ursprungligen som en beskrivning på de olika faser rökare genomgår när de försöker att sluta röka. Det visade sig att oavsett om detta skedde med hjälp av behandling eller på egen hand gick personerna i stort sett igenom en likartad sekvens av faser. Senare har det visat sig att modellen fungerar bra som en generell beskrivning för både individer och grupper när det gäller olika former av förändring. Modellen har i dag använts för så skilda områden som organisationsförändring, sjuka hus, cancerprevention, matvanor och givetvis för olika former av missbruk. Modellen är beskrivande och anses vara teorineutral och användbar för olika kulturer och åldersgrupper. Vid konstruktionen av MAPS valdes denna modell som utgångspunkt eftersom den även visat sig ha såväl generell tillämpbarhet, som en acceptans inom olika discipliner, behandlingsmodeller och kulturer. I och med dessa egenskaper såg vi det som möjligt att föra in FAS som en andra dimension i ett system användbart för att beskriva såväl klienter som enheter.

Genom att bygga ett system baserat på två dimensioner är det möjligt att relatera frågor och frågeställningar till varandra och att mäta jämförbara företeelser på olika sätt vid olika tidpunkter utan att för den skull förlora jämförbarheten. Dimensionerna gör systemet lättare att lära ut och att förstå och är nyckel till många av de förde-

lar som MAPS har visat sig generera jämfört med andra liknande system konstruerade utifrån andra koncept.

MAPS fyra delar:

MAPS-enhet beskriver förutsättningarna för vården, det vill säga enhetens verksamhet, dess inriktning, insatser/resurser och personalkompetens.

MAPS-in beskriver klientens behov av insatser. Den kompletterar EuropASI/EuroADAD genom att fastställa klientens fas vid inskrivning. I MAPS-in upprättas mål, d v s den fas man strävar efter, för varje problemområde och man gör också prioriteringar mellan områdena.

MAPS-ut beskriver de insatser som klienten tagit del av under vårdtiden, utskrivningssituation samt fas vid utskrivning. En sammanställning av erhållna insatser ger klienten en möjlighet att värdera det som erbjudits. MAPS-ut formuläret är enhetsspecifikt och bygger på en resursinventering som gjorts med MAPS-enhet.

MAPS-upp beskriver om resultaten från MAPS-ut har vidmakthållits eller om förändringar har skett under uppföljningstiden. Här summeras och värderas det stöd klienten fått sedan utskrivningen och i vilken fas klienten befinner sig vid uppföljningstillfället.

ef aktuella
för
projektet

MAPS sju moduler:

MAPS innehåller sju moduler som är utvalda för att möjliggöra mätning/jämförelser mellan olika klienter och enheter samt för att ge underlag för forskning/utvärdering.

Modulerna är:

BAS	beskrivande information
CHANGE	fasbestämning och vårdutfall
MÅL	behandlingsmål beskrivna i fas
PRIORITET	mellan livsområden
INSATSER	vårdinnehåll
PERSONAL	kompetensinventering
RESULTAT	långtidsutfall



Dessa dimensioner, delar och moduler kan användas tillsammans med andra instrument, verktyg och metoder som antingen har tagits fram under arbetet med MAPS (exempelvis ASI Feedback Form [för återföring och skattnig], ASI brott [ASI fördjupning avseende brottslighet], NetMAPS [AREA baserad bedömning av nätverkets påverkan på klienten], MAPS LifeLine [Livslinjemetodik för EuropASI och EuroADAD] MAPS BP [Formulär för strukturerad behandlingsplanering]), eller som redan finns utvecklade (EuropASi, SCID, Motivational Interviewing, NLP, Psychoanalys, Sensus etc) för att utgöra ett komplett system för vård och behandling.

MAPS är skapat för att vara så flexibelt att det skall kunna fungera i såväl organisationer utan erfarenhet av system för strukturerad eller systematisk utredning och bedömning som i organisationer som redan har väl utvecklade och fungerande system.

Utifrån MAPS är det möjligt att strukturera olika moment av vård och behandling. Exempel här är klientåterföring, klientgenomgångar, utredningsförfarande, verkställighets-, behandlings- och utskrivningsplanering. Under åren har olika projekt med vårdutveckling bedrivits med MAPS både inom och utanför Sveriges gränser. Inom Sverige har detta utvecklingsarbete skett bland annat inom SiS och Kriminalvården.

3 Biomed-IPTRP och MAPS, en bakgrund

ASI och MAPS introducerades inom SiS i och med BiomedII-IPTRP-projektet. SiS ingick i projektet tillsammans med forskare och behandlingshem i 10 europeiska länder. Projektet syftade till att beskriva missbrukare och vård i de deltagande länderna och att skapa en gemensam databas. Jag och Ingegerd Jansson på SiS FoU blev involverade i projektet av min dåvarande chef Vera Segraeus som var svensk partner i projektet. Projektet började med en 1-veckas workshop där jag även träffade Björn Sallmén från Karlsvik och Arne Gerdner från Runnagården. I Belgien utbildades vi i olika forskningsinstrument, bland annat EuropASI som var huvudinstrumentet i studien. På en workshop i början av projektet presenterades två olika metoder för institutionsbeskrivning, Treatment Unit Form (TUF) vilket var en grekisk bearbetning av ett amerikanskt instrument, och ett svenskt formulär utarbetat av Anders Bergmark och Lars Oscarsson. Gemensamt för båda metoderna var att de inte beskrev institutionerna på ett sätt som gick att jämföra med projektets övergripande klientbeskrivning. Med den typ av instrument som var tillgängliga gick det inte att se om institutionerna sysslade med vad klienterna behövde vård för och om de hade resurser för detta. Forskargruppen förkastade de presenterade instrumenten och projektet var därmed utan något instrument för institutionsbeskrivning. Jag hade en idé om att beskriva institutionerna i samma dimensioner som klienterna, i detta fall de sex ASI-områdena (fysisk hälsa, arbete och försörjning, familj och umgänge, kriminalitet, psykisk hälsa samt alkohol och narkotika), och därigenom kunna bedöma om de behandlingsresultat som mäts genom ASI vid uppföljning kan förklaras av hur institutionerna tillgodoser behov inom de olika livsområdena. Denna idé presenterade jag under workshopen för Vera Segraeus som presenterade det i projektets managementgrupp där det beslutades att ett instrument för institutionsbeskrivningar skulle utvecklas utifrån dessa riktlinjer. Den svenska forskargruppen under Vera Segraeus ledning utsågs att påbörja utvecklingen. Gruppen som kom att bestå av Ingegerd Jansson, statistiker och även hon knuten till SiS FoU, Arne Gerdner, doktorand vid Runnagården och Björn Sallmén, utredningspsykolog vid Karlsvik LVM-hem och mig själv, SiS FoU. Vi försökte se på institutionsbeskrivningar med nya ögon.

Utgångspunkten var ett klientperspektiv och information som hade betydelse inte enbart för forskning utan även för behandling. ASI:s frågeområden utgjorde grunden i konstruktionen men vi ville ha ett instrument som inte var för statiskt. När det gäller klientbeskrivningar har klienters motivation till förändring fått en allt större betydelse. Detta speglar ett intresse bland både forskare och kliniker för den så kallade transteoretiska modellen för förändring som har utarbetats av Prochaska och DiClemente. Klientens motivation blev den andra dimensionen i MAPS. Instrumentet kom att bestå av olika moduler vilka skulle beskriva behandling i de två dimensionerna

AREA, d v s ASI:s områden och FAS, d v s förändring beskrivet utifrån Stage of Change.

Arbetet kom att resultera i ett moduluppbyggt instrument för enhetsbeskrivning vilket presenterades för BiomedII-IPTRP:s forskargrupp vid en projektkonferens i Modena, Italien. Konceptet väckte positiva reaktioner och ledde till förslaget att instrumentet skulle föra över vissa bitar av institutionsformuläret till individnivå, bland annat interventioner och förändringsfaser. Man ansåg att detta skulle kunna utgöra ett utmärkt komplement till ASI för klientdokumentation och ge meningsfulla mått för utfall.

Ett färdigt koncept bestående av moduler för enhetsbeskrivning och för klientbeskrivning presenterades för forskargruppen på nästa möte i Grekland. Instrumentet bestod då av moduler för institutionsbeskrivning och moduler för klientbeskrivning vid inskrivning, utskrivning och vid uppföljning. Projekttiden var 3 år och det instrument som hade arbetats fram var så omfattande att det inte ansågs möjligt att implementera hela instrumentet under den korta tid som fanns till förfogande. Instrumentet förkortades och anpassades mer direkt till projektets design. Detta instrument kom att kallas för BioMAPS och kom att användas för enhets- och klientbeskrivning i IPTRP. Den som idag ser BioMAPS skulle inte känna igen mycket förutom strukturen med Area och Fas samt upplägget med moduler. Innehållet och konstruktionen av modulerna har förändrats till i det närmaste oigenkännlighet under de senaste 5 åren. Detta beror på att MAPS under denna tid har varit i ständig utveckling och använts i olika länder, i olika branscher, i olika situationer och av olika människor och i kontakten med verkligheten har vi varit tvungna att ett flertal gånger gå tillbaka till ritbordet. Först idag år 2004 har vi en version av MAPS som är så stabil att vi anser att den är tillräckligt testad för att kunna utsättas för en mer omfattande vetenskaplig prövning, vilken för övrigt har påbörjats.

4 Behandlingsplanering

Introduktion

Vid användning av strukturerade metoder för klientbedömning verkar det självklart att metodiken låter sig lånas till behandlingsplanering och att informationen används som underlag för de överväganden som görs. Inom SiS har användandet av strukturerade bedömningsmetoder resulterat i att institutioner har börjat utveckla egna metoder för behandlingsplanering som mer eller mindre baserar sig på metoderna och deras frågeområden. Hammargården har haft ett projekt för behandlingsplanering och Fagared har utvecklat en metod. På samma sätt har McLellan och hans grupp i Philadelphia utvecklat en metod för att göra behandlingsplanering utifrån ASI. McLellangruppens metod bygger på enskilda frågor i ASI och hur de problem som dessa står för skall behandlas. Med denna metod blir målet ofta interventionen i sig.

Exempel: Problem: Kalle har inget arbete – Mål: Kalle skall gå till arbetsförmedlingen – Intervention: Beställa tid på arbetsförmedlingen. Denna metod är dock lite väl begränsad. Ett annat sätt att se på det hela skulle kunna vara Problem: Kalle har inget arbete – Mål: Kalle skall ges förutsättningar för att kunna få och behålla ett arbete, eller Kalle skall få möjlighet till ett arbete som han kan klara av utifrån sina förutsättningar – Intervention: besök på arbetsförmedlingen, arbetsträning och hjälp till provanställning.

Som synes ger dessa båda synsätt helt olika fokus på behandlingen. Som vi ser det, verkar McLellangruppens metod fokusera mer på insatsen än på resultatet av insatsen i målformuleringen.

Målet är att klienten skall gå till läkare, ha ordnad sysselsättning och boende. Dessa mål är vällovliga i sig, men skall kanske istället ses som insatser för att möjliggöra en förändring i klientens totala livssituation. När vi närmade oss behandlingsplanering baserat på ASI och MAPS kom fokus att läggas på vad vi kan göra under institutionsvistelsen för att ge klienten så stora möjligheter som möjligt att hantera sin problematik på ett framgångsrikt sätt i det långa loppet. Det innebär att vi bara ser en institutionsvistelse som en kortare sekvens i klientens förändringsprocess, vilken har som mål att framgångsrikt kunna hantera egen problematik utifrån egna förutsättningar. Detta synsätt stämmer också in på lagens intention med LVM, alltså att se institutionsvistelsen som en del i en behandlingskedja där LVM startar en process, vilken i slutänden skall leda till att klienten får förutsättningar till ett liv utan droger eller alkoholmissbruk. ASI/MAPS har genom sin konstruktion därmed inneboende möjligheter till att utgöra en struktur till behandlingsplanering som stämmer väl med de intentioner som ligger bakom vården vid LVM-hem. Nyckeln bakom detta är att man kan beskriva klienter utifrån Förändringsfaser och att insatserna kan beskrivas utifrån de relaterade Vårdfaserna, vilka i sig representerar vårdkedjetänkandet.

2016-04-29
implementering

Strukturerad individualiserad behandlingsplanering sågs som en möjlighet till att maximera nyttan av det arbete som lades på att använda instrumenten och därmed som en bra metod för att implementera MAPS-delen av systemet. Utöver detta har det också visat sig att behandlingsplanering är en god pedagogisk modell för utbildning i inskrivningsdelen av ASI/MAPS (ASI och MAPS-in). Det fanns idéer och planer för hur ASI/MAPS skulle kunna användas i BP, men dessa var inte fullt utvecklade och hade enbart prövats i ett trettiootal ärenden på Karlsvik. För att förfinas och testa metodiken genomfördes ett utvecklingsprojekt, finansierat av SiS, under år 2000. Den metodik som här presenteras bygger delvis på resultaten från detta projekt. Givetvis har metoden vidareutvecklats sedan dess och det som i det följande kommer att beskrivas är metoden utifrån version 3.0 av MAPS. Metoden är generell och den både kan och bör anpassas efter de lokala förhållanden som råder på varje enskild institution. Grunderna och momenten är dock i stort sett desamma.

Metodik

Struktur för
arbetet på SiS

Behandlingsplanen bygger på information från de olika delarna i ASI/MAPS och kompletteras med information från andra källor, däribland övriga instrument som används i utredningen. Modellen bygger på grundinstrumenten ASI och MAPS, vilka kompletteras med hjälpinstrument som AFF/Reviderad AFF och Behandlingsplan. Av pedagogiska skäl presenterar vi den modell som utgår från 4 klientmöten och som avslutas med att en individualiserad strukturerad behandlingsplan fastställs i ett möte mellan klient, behandlare och socialsekreterare. De olika instrumenten ger en struktur för gången vid behandlingsplanering och denna grundstruktur kan sedan modifieras för att på bästa sätt passa in i arbetet. Ibland kan det vara nödvändigt att ändra vissa rutiner för att de bättre skall passa ihop med metodiken och vid andra tillfällen får metodiken modifieras. Intervjuordningen och innehållet i mötena kan ändras och intervjuer kan delas upp för att bättre passa in i hur arbetet är organiserat. Det viktiga är att försöka uppnå en avvägning mellan nytta, datakvalitet och arbetsinsats. Vid utarbetandet av behandlingsplanen hänger i normala fall de olika instrumenten, verktygen och delarna ihop i ett flöde:

ASI – AFF – CHANGE – RAFF – MÅL – PRIORITET – MAPS-PLAN.

5 Klientintervju – AREA

I det följande kommer innehållet att struktureras utifrån fyra samtal med klienten. Mötena leder fram till den färdiga, och hos alla parter förankrade behandlingsplanen. De olika instrumenten och modulerna som ingår kommer att beskrivas tillsammans med det arbete som behandlaren behöver lägga ner mellan träffarna.

I första mötet görs en ASI-intervju för att knyta kontakt med klienten och att få en övergripande bild av hans situation. ASI-intervjun ger information om aktuell situation och tillbakablickar på tidigare erfarenheter. Intervjun skall ses som en grund för en vidare och fördjupad kartläggning av klientens problematik och som en början av en resurskartläggning. Tyngdpunkten i ASI och den aspekt vi här främst tar fasta på i MAPS-metodiken är uppdelningen i livsområden. De olika livsområdena, Fysisk hälsa, Arbeta och försörjning, Alkohol och narkotika, Juridiska problem, Familj och relationer samt Psykisk hälsa, utgör en av de två dimensioner utifrån vilka systemet är uppbyggt. Efter detta möte bearbetas intervjun och förberedelser görs inför återföringen till klienten.

Klientintervju – ASI

Syfte: Att skapa en första kontakt med klienten och att få en övergripande bild av klientens situation.

Tidsåtgång: ASI-intervjun tar cirka 1 timme att genomföra och om ASI-brott används, ytterligare cirka 15 minuter.

Resultat: Grundläggande klientbeskrivning.

Det är av vikt att behandlaren planerar intervjun i god tid. Det har visat sig att ett visst ritualiserande av intervjutillfället gör att klienterna betraktar insatsen som seriös, samt att klienterna känner sig viktiga, tagna på allvar och sedda. Således är inramningen av intervjun viktig. Att boka tid med klienten, gärna kompletterat med skriftlig information och/eller kallelse, att stänga av telefoner och sätta upp en upptagetskylt på rummet och att avsätta gott om tid, förslagsvis 2 timmar, är sådant som kan förbättra både kontakten med klienten och kvaliteten på intervjusvaren. Även om det är bra att avsätta 2 timmar för intervjun brukar den normalt inte ta mer än mellan 45 minuter och 1,5 timme.

Intervjun handlar om att få klientens bild av situationen, inte att fastställa någon slags objektiv sanning. Även om många av frågorna är så kallade faktafrågor består ASI-intervjun även av en mängd bedömningsfrågor. Båda dessa typer av uppgifter besvaras utifrån klientens subjektiva bild. Att bilden är subjektiv behöver inte betyda att den är fel utan bara att den speglar hur klienten själv ser på sin situation. Många

gångar är en viktig del av en verksam behandling att klienten omvärderar sin syn på både tillvaron och sig själv. Detta intervjutillfälle ger således den grund som vi har att arbeta utifrån i den fortsatta förändringsprocessen. För att klienten skall få så stora möjligheter som möjligt att beskriva sin situation på ett så rättvisande sätt som möjligt är det nödvändigt att intervjuaren är väl förtrogen med intervjuformuläret, intervjumetodiken, samt kanske allra viktigast, förstår vad intervjun och de olika frågorna försöker fånga, så att intervjuaren kan förmedla intentionen bakom frågorna till klienten på ett lättbegripligt sätt. Intervjuaren fungerar här som ett gränssnitt mellan den bakomliggande frågekonstruktionen (den information som skall inhämtas) och klienten (som skall veta vad han skall svara på). Detta kräver att intervjuaren ser klienten som en individ och har förmåga att kunna kommunicera innehållet på ett för den individuella klienten förståeligt sätt. Om detta genomförs på ett bra sätt ökar förutsättningarna för klientmedverkan i det fortsatta behandlingsplaneringsarbetet.

Själva intervjumetodiken i ASI är relativt strikt. Intervjuaren skall inte värdera svaren, bara checka av att klienten har förstått vad han skall svara på och om intervjuaren själv har förstått svaret. Skrivna kommentarer gör att intervjuaren kan gå tillbaka till dessa för att kontrollera om kodningen på rätt sätt beskriver klientens situation. ASI-intervjun är lämplig i den tidiga kontakten med klienten. Klienten får möjlighet att snabbt ge en beskrivning av sin situation utan att behöva gå på djupet eller förklara sig. Intervjuaren kommer ibland att be klienten klargöra sitt svar men får inte begära av klienten att förklara sig. Eftersom klienten inte behöver förklara sina handlingar är det lättare för honom att svara på frågorna utan att känna att han behöver stå till svars för sina handlingar. Betoningen ligger istället på att klienten får en möjlighet att berätta sin egen historia. I många fall vill klienterna själva gå på djupet och förklara sig. I dessa lägen skall intervjuaren förklara att klienten senare kommer att få möjlighet att diskutera frågorna mer ingående. Fördelen med en så pass strukturerad intervju som ASI, är att det är möjligt att på ett för klienten icke-kränkande sätt beröra frågor som i vanliga fall brukar betraktas som besvärande eller olämpliga att diskutera i ett tidigt skede av en behandlingskontakt. Intervjuaren introducerar intervjun och ibland även vissa frågor med att frågorna ställs till alla klienter och att klienten inte behöver besvara frågan om han inte vill. Genom att ställa vissa känsliga frågor ger man klienten signalen om att det är okey att prata med personalen om dessa typer av frågor om man känner att man senare skulle vilja det. Även om viss underrapportering sker i frågor som till exempel sexuella övergrepp, händer det att ASI-intervjun är det första tillfället då klienten tar upp vad han eller hon har varit med om.

Upplägget med olika problemområden som introduceras av intervjuaren, gör det lätt för klienten att kunna följa med i intervjun och att veta vad som kommer att beröras. Introduktionen ger klienten en tolkningsram och koncentrerar framställningen så att den inte flummar ut. Ibland kan intervjun upplevas som strikt och fyrkantig men detta är att se som intervjumetodens huvudpoäng. Denna fyrkantighet ger konkret

och jämförbar information, man *ser* klienten, vilket senare utgör underlaget för en mer öppen metodik inriktad på att *förstå* klienten.

Metoden med individuella ganska smala frågor inom de olika livsområdena gör att informationen inte är heltäckande. Intervjun fångar bara upp de frågor som ansågs som mest betydelsefulla när instrumentet skapades. Det är självklart att en mängd frågor av betydelse för både klient och behandlare inte kommer med i intervjun. Detta är dock det pris man får betala för en relativt kort intervju som kan användas inom en rad olika verksamheter och på en mängd olika klientgrupper. I intervjusituationen både kan och bör man fråga klienten om det finns något inom området som inte har tagits upp och som är av vikt för att personalen bättre skall förstå klientens situation. Man kan även ta upp att det senare kan komma en fördjupad utredning och att det i behandlingsplaneringsförfarandet kommer att finnas möjligheter att ta upp fler frågor av betydelse för att klienten skall kunna få bästa möjliga vård utifrån de förutsättningar som finns.

Skattning och sammanfattning – AFF

Syfte: Förståelse för klientens situation och ett underlag för en personlig återföring till klienten.

Tidsåtgång: Ifyllande av ASI Feedback Form samt skattning tar cirka 20 minuter.

Resultat: Sammanfattning av klientens situation och intervjuarens bedömning och värdering av situationen utifrån ett samhälleligt perspektiv.

Intervjuarskattning

Intervjuarskattningen är utvecklad för att användas främst i klientarbetet och som grund för individuell behandlingsplanering. Den utgör ett samlade mått på klientens problem och hjälpbehov inom vart och ett av de olika områdena. Måttet väger in både nutid (senaste 30 dagarna) och historia (tidigare i livet). Att den väger in även historia gör skattningen mindre lämplig för att beskriva förändring. Måttet bygger på de objektiva eller faktafrågorna i intervjun och värdet modifieras sedan baserat på klientens egna subjektiva skattningar av sitt hjälpbehov. Måttet har kommit att få stor betydelse för att i rapporter redovisa en samlad bild av klienters situation utifrån de olika livsområdena. Det är dock problematiskt att intervjuarskattningen ibland har behandlats på ett sätt som metodiken inte tillåter. Intervjuarskattningen är utvecklad som ett kliniskt mått för klientarbete och bör endast användas för forskning och utvärdering om det sker utifrån kunskap om vad måttet representerar. Ibland görs jämförelser mellan intervjuarskattning och klientenskattning och då är det viktigt att veta att klientenskattningen berör aktuell situation (inom de senaste 30 dagarna) medan intervjuarskattningen berör klientens samlade situation (senaste 30 dagarna samt livstid). Man bör även tänka på att klientenskattningen ingår som en betydande del i intervjuarskattningen och kan påverka den med 3 skalsteg av 10.

ASI

Metodiken för att få fram intervjuarskattningen är strukturerad och baseras på en tvåstegsprocess. Det första steget bygger på de objektiva eller faktafrågorna i intervjun. Intervjuaren skaffar sig en översiktlig bild av klientens situation och värderar de olika frågorna utifrån följande riktlinjer. Vid värderingen av klientens problem skall man beakta:

- *Kritiska frågor*, som har ansetts ha större betydelse för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov än övriga frågor i intervjun. I ASI-X formuläret är de markerade i fet stil och understrykning för att underlätta för intervjuaren vid intervjuarskattningen.
- Hur nära de är i tiden. Problem som är aktuella eller nära i tiden bedöms som viktigare än andra.
- Utsträckningen i tiden. Om en problematik har existerat under en lång tid bedöms det som mer negativt än om problematiken bara var aktuell under en kortare tid. Här kan tilläggas att en tidig debut normalt ses som allvarligare än en sen debut.
- Om problemen är akuta, med vilket menas att de behöver tas om hand omedelbart, resulterar detta i en högre skattning.
- Om de är kroniska, d v s är av permanent natur och att det handlar mer om att hantera problemet än att bota. Kroniska problem är oftast av medicinsk natur, men problem som har att göra med historiska händelser som inte går att ändra på kan även de räknas som kroniska.
- Allvarlighetsgraden är självklart av stor betydelse när det gäller att värdera hur stora klientens problem är. Astma är allvarligare än hösnuva även om båda är kroniska tillstånd.

Intervjuaren skapar en övergripande bild av ASI-området och värderar de olika frågorna utifrån riktlinjerna. Baserat på detta noteras det som bedöms positivt för klienten (vilket ger en lägre skattning) respektive negativt (vilket ger en högre skattning). Frånvaro av problem bedöms som positivt. Ett intervall bestående av 2–3 siffror skapas. Intervallet uttrycker intervjuarens bedömning av allvarlighetsgraden i och hjälpbehovet för de problem som framkommit inom respektive område. Detta kan göras genom att börja vid skalans ändpunkter och sedan minska intervallen tills de består av 2–3 siffror. Till exempel: Passar 0–1, nej. Passar 8–9, nej. Passar 2–3, nja. Passar 6–7, nej. Passar 4–5, ja. Intervallet blir här 3–4–5.

Därefter fyller intervjuaren i klientens skattning av problem och hjälpbehov från ASI. Med hänsyn tagen till klientens skattning av hjälpbehov fastställs den siffra som utgör den slutgiltiga intervjuarskattningen. Vid hög klientens skattning väljs det högre värdet, vid låg klientens skattning det lägre och vid mittvärdet det mittersta. Många gånger frågar sig både intervjuare och klienter varför det anses som större problem/hjälpbehov om klienten själv vill ha hjälp med sin problematik. Det finns ing-

et annat svar att utläsa ur litteraturen än att skattningsmetoden är sådan. I ett kliniskt perspektiv kan en praktisk motivering vara att intervjuarskattningen utgör ett viktigt underlag för att prioritera mellan de olika livsområdena och om klienten själv anser hjälp som viktig ger detta en högre prioritet för insatser inom området. Skattningen avslutas med att intervjuaren skriver ner en motivering till skattningen. Motivering- en skall förklara hur intervjuaren har uppfattat informationen från klienten och vilka överväganden som gjorts i skattningen. Denna information utgör basen i en återför- ring till klienten och ger en sammanfattande bedömning av området.

ASI Feedback Form

Feedbackformuläret är utvecklat utifrån erfarenheter från utbildningar och kliniskt arbete. Det togs från början fram för att underlätta för kursdeltagare att göra inter- vjuarskattningar och meningsfulla sammanfattningar av intervjun. Formuläret är utformat så att det följer de olika moment man går igenom när man gör en intervju- arskattning. Detta gör det lättare att följa den strukturerade metodik som man skall använda sig av. Feedbackformuläret för in begreppen positivt respektive negativt i bedömningen av klientens situation och gör därmed skattningen både säkrare och mer nyanserad. Ett av problemen med ASI-formuläret är att det anses vara problem- fokuserat. Detta är naturligt eftersom detta var det normala sättet att beskriva klien- ters situation när formuläret konstruerades. Denna problemfokusering leder bland annat till problem vid intervjuarskattningen. Oerfarna intervjuare bortser lätt ifrån vad som är positivt i klientens situation och avsaknaden av vissa problem. Detta resulterar ofta i alldeles för höga intervjuarskattningar. Genom att värdera frågorna i vad som är positivt och alltså pekar mot en låg skattning och vad som är negativt och pekar mot en hög skattning kan intervjuaren lättare ge en adekvat intervjuarskatt- ning. Att föra in vad som är positivt ger också fördelar vid feedbacksamtalet då kli- enten även kan behöva höra vad som är bra eller i varje fall inte dåligt.

Vid utbildningssituationen har det ofta varit svårt för de blivande intervjuarna att göra meningsfulla sammanfattningar i ett rimligt format. Sammanfattningarna blev lätt antingen bara en omformulering av frågor och svar eller ett mycket kortfattat uttryck som exempelvis att "klienten dricker för mycket". ASI-metodiken för inter- vjuarskattningar är utöver själva skattningen en bra metodik för att värdera informa- tionen i intervjun. Utifrån det tankearbete som utförs vid skattningen är det lätt att skriva ner och värdera vad som är viktigt för att förstå klientens situation. En kritik som många som blir informerade om ASI eller skall gå en ASI-utbildning har, är att ASI inte ser hela människan utan delar upp henne i olika tårtbitar. Detta är delvis rätt eftersom varje människa är en helhet där de olika områdena i ASI samspelar och påverkar varandra. Att dela upp människan i tårtbitarna är bara en metod att bättre förstå hela människan. För en del har det upplevts som frustrerande att man inte i intervjun eller i skattningen kan "plocka ihop" klienten igen. I feedbackformuläret ges intervjuaren möjlighet att kunna värdera intervjun ur ett helhetsperspektiv och

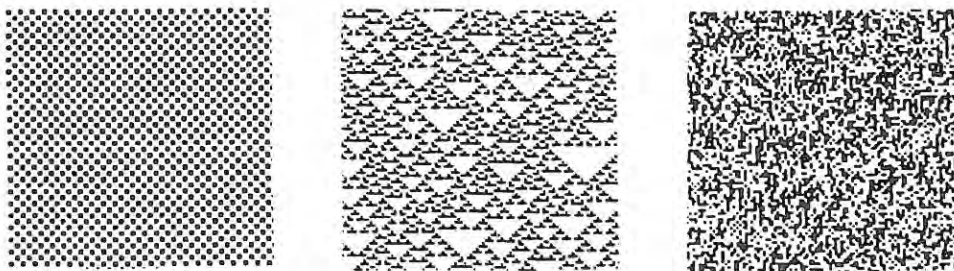
även värdera och spekulera i hur klientens situation inom de olika områdena verkar hänga ihop och påverkar varandra. I den så kallade globala bedömningen värderas intervjun som helhet och positiva respektive negativa mönster och sammanhang vägs in i bedömningen. Motiveringen till den globala bedömningen ger en mycket koncentrerad men givande sammanfattning av klientens situation och därmed hela ASI-intervjun.

Feedbackformuläret syftar till att ge intervjuaren ett underlag för en konstruktiv återföring av ASI-intervjun till klienten. Denna återföring syftar inte bara till att stämma av om intervjuaren har uppfattat klientens svar rätt. Den syftar kanske främst till att ge klienten en uppfattning av hur intervjuaren har uppfattat klientens situation och hur denna situation kan tolkas ur ett mer samhälleligt perspektiv. Det är vanligt att klienten efter en återföring som bara handlar om en summering av hans situation undrar "vad anser du om min situation". Intervjuarskattning i ASI och motiveringen till varför den är satt som den är, reflekterar hur samhället bedömer klientens situation och hans hjälpbehov. Genom att följa konstruktionen av AFF vid återföringen får klienten en nyanserad bild av hur och varför intervjuaren har bedömt och värderat de uppgifter klienten har lämnat under intervjun. Denna metodik för återföring ligger nära den i Motiverande (MI) samtal och kan hjälpa klienten att se sina problem i ett annat ljus. Förutom att återföring är till god hjälp för klienten och ett effektivt moment i behandlingen, är det i det närmaste oetiskt att inte ge klienten återföring av intervjuresultatet (dock kan det finnas undantag när det rör vissa typer av forskningsprojekt).

Från enskilt problem till samlad problematik

Grundläggande i arbetet med MAPS-modellen och i det revideringsarbete som har skett med MAPS under de senaste åren, har varit att utnyttja vetenskapliga instrument inte bara för statistik och forskning utan även att ge en förståelse för den enskilde klientens problematik och ett stöd i det direkta klientarbetet. I undervisningen använder vi oss av bilden med Grassbergers gåta, som är tagen från Tor Nörretranders bok "Märk världen", figur 2.

GRASSBERGERS GÅTA



Figur 2. Grassbergers gåta, från Tor Nörretranders bok "Märk världen"

Bilden till höger kan sägas representera den enskilde individen med hans olika egenskaper, erfarenheter, förmågor och problem. Att ge en totalt nyanserad och "sann" bild är omöjligt och ger bara väldigt subjektiva och färgade bitar av vad som mest ser ut som vitt brus. Utan struktur och metodik säger den beskrivning som vi ger ofta mer om den som försöker beskriva personen än om personen själv. Vad ASI ger, är mer likt vad vi får fram i den vänstra bilden. Vi får en struktur som vi kan beskriva och kommunicera till andra. Om den vi kommunicerar med också kan metodiken, kan vi på ett enkelt och relativt säkert sätt förmedla information, eftersom den vi kommunicerar med har samma tolkningsram. Problemet med en metod som ASI är att den inte täcker allt som finns inom det område som man försöker förstå och förklara. ASI ställer frågor om vissa vanliga eller viktiga problem, som anses kunna visa på att problem finns inom området. I sig ger inte intervjun svar på hur klientens situation ser ut inom området utan bara indikationer på att det finns problem, samt konkret information om ett fåtal problem. Den mittersta bilden brukar vi använda för att visa på att det inte räcker att bara ha de strukturerade uppgifterna, vi måste även försöka att förstå vad de betyder och nyansera bilden för att kunna förstå klientens situation. Det vill säga, kvantitativ och kvalitativ information står inte emot varandra utan båda är nödvändiga om vi inte bara skall få död kunskap om klienten. Den metodik som vi förespråkar bygger på fyra moment.

1 Dela upp. Genom att dela upp klientens problematik minskar vi intervjuarens påverkan på vad som skall förstås. Det ger en struktur och en minsta nivå på den information som inhämtas och även ett sammanhang som vi kan tolka.

2 Analysera. Genom att bearbeta och analysera uppgifterna utifrån en fastställd och strukturerad metodik får vi en möjlighet att värdera de olika uppgifterna, inte bara individuellt utan även i förhållande till varandra. Utan intervjuarskattningarna är det lätt att varje fråga tenderar att ge en separat bild av klienten, vilken mer representerar intervjuarens bild av "hur personer som ger denna typ av svar" normalt är. Genom intervjuarskattningen är intervjuaren tvingad att inte se frågorna som separata entiteter utan väga ihop dem och börjar därmed urskilja individen och hans problematik inom området. Här får vi således en enkel metodik för att göra en nyanserad analys.

3 Knyta ihop. Att dela upp en individ är bara en metod på vägen till förståelse – inte slutmålet. På samma sätt som intervjuarskattningen knyter ihop de enskilda frågorna inom området måste vi knyta ihop de olika områdena till en sammanhängande bild av klienten. En kritik av ASI som vi ofta får höra är att en person inte består av 6 från varandra isolerade områden. Alla vet ju att de olika områdena hänger ihop. Denna kritik är riktig, men bara om man stannar vid att dela in klienten i områdena och sedan inte försöker att knyta ihop dem. I MAPS-metodiken används den globala bedömningen i AFF till att ta in hur områdena verkar påverka varandra och hur det kan påverka klienten och hans behandling.

4 Förstå. Införandet av den globala bedömningen har inte bara gjort det lättare att få många intervjuare att hålla sig till den strikta uppdelningen mellan de olika områdena i ASI-intervjun, utan ger dem en möjlighet att knyta ihop intervjun och skapa en mer samlad förståelse av klienten och hans problematik. Den bild intervjuaren nu har av klienten kan prövas och diskuteras i mötet med klienten, där han inte bara får upprepat vad han redan har informerat intervjuaren om, utan också en bild att spegla sig mot. Syftet med metodiken är att både intervjuare och klient får en förståelse för klientens situation, som kan utgöra en grund för fortsatt behandling.

På samma sätt fortsätter vi "Dela upp-Analysera-Knyta ihop-Förstå" senare i systemet med CHANGE och MÅL i MAPS-in. Här delar vi åter in klientens förändringsfas och målfas inom varje livsområde och sedan analyseras informationen och knyts slutligen ihop när vi går vidare till PRIORITET. Utifrån den erhållna förståelsen planeras i behandlingsplanen hur förändringen kan komma att gå till och vilken hjälp som behövs.

Global bedömning

Den globala bedömningen är ett tillägg till ASI-metodiken som har tillkommit för att underlätta integrationen av ASI i den så kallade MAPS-metodiken. Bedömningen är till för att knyta ihop ASI-intervjun. Den använder sig av en modifierad variant av skattningsmetodiken. Till skillnad från intervjuarskattningen tar den inte klientens skattning med i bedömningen, d v s klienten skattar här inte själv något globalt eller övergripande hjälpbehov. I den globala bedömningen används information i samtliga intervjufrågor. På samma sätt som i den vanliga intervjuarskattningen värderas dessa utifrån kritiska frågor, närhet i tiden, utsträckning i tiden, allvarighet och om det är akut eller kroniskt. Utifrån denna bedömning sätter intervjuaren ett intervall på 3 siffror. Detta intervall skall spegla intervjuarens syn på klientens problemnivå och behov av insatser. När intervallet är satt, identifieras mönster mellan frågor inom de olika problemområdena. I intervjusituationen kommer ofta samband mellan områdena fram och vid intervjuarskattningen framträder mönster där en särskild problematik berör ett flertal områden. Exempelvis har klientens bror problem med droger och kriminalitet och klienten umgås vanligtvis med brodern, med vilken han använder droger och begår brott, till föräldrarnas förtvivlan. Mönstren kan vara både positiva eller negativa. T ex (+) har arbete, familj, vänner utan alkoholproblem, (-) alkoholanvändning, konflikter i familjen, deprimerad. För den Globala bedömningen skall intervjuaren bedöma om mönstren till övervägande del är positiva (skyddande), då det lägre värdet anges i intervallet, eller övervägande negativa (risk), då det högre värdet i intervallet anges. Att ta in i beräkningen är även riktningen på mönstren. Pekar mönstren på att det håller på att bli värre, talar det för ett högre värde och pekar dessa mot att situationen håller på att bli bättre, talar det för en lägre skattning. Om de negativa och de positiva mönstren är lika eller tar ut varandra anges mittvärdet. Den globala skattningen ger således en generell nivå för klientens problematik där

Tillvägagångssätt



Hur bedömer man det?

det är möjligt att se vilka klienter som har det största generella hjälpbehovet. Troli-
gen ger den globala bedömningen ett bättre mått på samlad problembild än att bara
summera de separata intervjuarskattningarna, då bedömningen tar sambanden mel-
lan områdena med i beräkningen och klart separerar intervjuarens bild från klientens
syn på hjälpbehov. Tyvärr har vi ännu inte haft möjlighet att jämföra vilken metod,
d v s summerade intervjuarskattningar eller global bedömning, som ger den bästa
bilden av klientens hjälpbehov. Ett konkret användningsområde för den globala
bedömningen skulle kunna vara matchning av klient till vårdnivå och att se vilka kli-
enter som har störst vårdbehov.

vilket
användes
vi?

Motiveringen till den globala bedömningen som görs i AFF är att den ger en sam-
lad bedömning av hur intervjuaren ser på klientens situation och ger därmed möjlig-
het att få en bra diskussion av den samlade situationen vid återföringssamtalet.

Huvudsaklig problematik/förändringsbehov

Utöver den globala skattningen tillför AFF ASI-intervjun frågan om huvudsaklig
problematik eller förändringsbehov inom varje område. ASI-intervjun i sig ger nor-
malt sett ingen direkt indikation på vad som främst behöver förändras, utan ger infor-
mation avseende om problem förekommer eller inte och hur klientens situation ser
ut. I avsnittet Alkohol och droger gör dock intervjuaren en bedömning av vilken drog
som utgör det huvudsakliga problemet. För att komma till nästa steg i MAPS-meto-
diken, CHANGE, behöver vi fastställa om det finns ett förändringsbehov, d v s om
problem eller något annat kan vara aktuellt för klienten att förändra inom de olika
områdena. När intervjuaren fastställer intervjuarskattningen får hon eller han en bra
bild av hur den huvudsakliga problematiken ser ut och om problemen är aktuella och
kan behöva åtgärdas. I feedbackformuläret skriver intervjuaren ner en beskrivning av
hur den huvudsakliga problematiken uppfattas och vad förändringsbehovet kan kom-
ma att handla om. För att det skall räknas, måste problemen givetvis vara så allvarli-
ga till sin karaktär att vi kan säga att det förekommer ett reellt hjälpbehov. Normalt
sett brukar vi rekommendera en intervjuarskattning på minst 2-3 och att det fram-
kommer i intervjun att problemen är aktuella. Om det är ett lågt värde på intervjuar-
skattningen och detta beror på att problemen som framkom i intervjun ligger en bit
bort i tiden bör intervjuaren vid återföringen ta reda på om det tidigare funnits pro-
blem inom området. Om så är fallet, diskuterar man om och hur länge klienten fram-
gångsrikt hanterat problemet. Även om ASI-intervjun ger en mångfacetterad bild av
de olika områdena, kommer allt inte med i intervjun. Inom till exempel området
fysisk hälsa där kroniska problem och riskbeteenden (kopplade till missbruk och
sexualitet) täcks upp ganska bra, finns viktiga hälsofrågor som inte alls berörs.
Exempel som kan komma upp är fysiskt allmäntillstånd, över-/undervikt och vilja att
genom motion uppnå en bättre fysik. Den huvudsakliga problematiken inom områ-
det kan då vara att komma igång med att motionera och skaffa sig bättre matvanor.
Att fastställa huvudsaklig problematik går till på liknande sätt som fastställandet av

Tillvägagångssätt

huvuddrog i ASI. Reglerna för värdering av frågornas vikt vid intervjuarskattningen hjälper intervjuaren att fastställa problematiken och på samma sätt som med huvuddrog kan man vid osäkerhet kontrollera med klienten. Normalt sett finns det en bred problematik inom området, som att klienten vill eller bör sluta med droger eller få bättre fysik. I andra fall kan den huvudsakliga problematiken vara mer konkret, exempelvis att återuppta kontakten med barnen eller att göra något åt sitt indragna körkort. När klienten har en klar bild av vad han skulle vilja ta tag i bör intervjuaren göra bedömningen att generellt sett samverka och gå med klienten. Om ASI inte har genomförts kan andra utredningsinstrument, klinisk diagnos, eller annan intervju med klienten användas för att fastställa huvudsaklig problematik. Den huvudsakliga problematiken och förändringsbehovet utgör övergången mellan ASI och MAPS.

6 Återföringssamtal – FAS

Det andra mötet börjar med en återföring av ASI-intervjun och övergår sedan till att intervjuaren fastställer klientens förändringsfas inom respektive livsområde med hjälp av CHANGE. Mellan ASI-intervjun och återföringen har klienten fått möjlighet att fundera över sin situation och mentalt förbereda sig på att återigen prata med intervjuaren om det. Det är här rädslan hos behandlare finns att klienten skall må dåligt eftersom man under ASI-intervjun "lyfter på stenar" och att detta kan göra ont eller att det kan framkomma problem som man inte har möjlighet att hjälpa klienten med att lösa. Mycket av den här oron kan bero på att vi som arbetar inom människovårdande yrken ofta tar på oss uppgiften att lösa klientens alla problem. I MAPS är i stället fokus på att underlätta för klienten att själv lösa, eller där detta inte är möjligt, i varje fall kunna hantera sina problem. Den erfarenhet som vi har från samtal med klienter och behandlare är att det inte är fel att "lyfta på stenar" utan att om man gör det på rätt sätt så leder det, oavsett om det finns en lösning eller inte, till att klienten får möjlighet till att på ett bättre sätt ta tag i sin situation. Vad som underlättar för klienten är dock att intervjuaren talar om att hon kommer att lägga ner tid på att gå igenom intervjun, göra en intervjuarskattning och att fundera över klientens situation för att sedan lägga fram den för klienten så att han får en möjlighet att bedöma om intervjuaren har uppfattat den rätt. Utifrån återföringen har intervjuaren sedan ett samtal om hur klienten själv ser på sin situation utifrån intervjuarens sammanfattning. I detta samtal fastställer intervjuaren i vilken förändringsfas klienten är inom respektive livsområde. Fasen fastställs med hjälp av en strukturerad samtalsmetodik med hjälp av CHANGE-modulen i MAPS-in.

2:a
mötet

MAPS

Återföringssamtal – AFF och CHANGE

Syfte: Att till klienten återföra intervjuarens bild, baserad på ASI-intervjun och intervjuarskattningen. Att kontrollera att intervjuaren har uppfattat klienten rätt, samt att utifrån klientens syn på situationen fastställa i vilken förändringsfas klienten befinner sig.

Tidsåtgång: Återföring av ASI och genomförande av CHANGE tar cirka 30 minuter.

Resultat: Förståelse för klientens situation och ett mått på klientens förändringsfas. Klienten har möjlighet att korrigera intervjun och själv få en bättre bild av sin problematik.

Återföring till klienten

Återföring av resultat från en utredande intervju till klienten borde vara en självklarhet. Konstigt nog verkar detta inte vara fallet. När det gäller ASI, kan denna brist tro-

ligen ledas tillbaka till att intervjun kom till Sverige via forskare, främst i syfte att användas i olika forskningsprojekt. Det finns ingen tradition bland forskare att ge klienten återföring på intervjuer gjorda i forskningssammanhang och många gånger vill man inte heller återföra informationen till klienterna eftersom man är rädd för att det skall påverka forskningsresultaten. Inte heller när det gäller dokumentationssystem verkar återkoppling till klienten vara en fråga som från början tillhör dagordningen. Frågan om återkoppling kom upp när jag arbetade med ADAD-projektet. Jag fick rapporter om att ungdomar som hade blivit intervjuade frågade intervjuarna om "resultatet" och om hur intervjuarna såg på deras situation utifrån "resultatet". Även om jag vid utbildningarna med tiden kom att ta upp vikten av återkoppling lärdes det inte ut någon metodik för detta. Det fanns heller inte sådan metodik utarbetad för ASI eller ADAD. När vi arbetade med MAPS var utgångspunkten att återkoppling utgör den kanske viktigaste biten i utredningsarbetet, både av etiska och av behandlingsskäl. När en läkare återkopplar utredningsresultat kan det minska klientens alkoholkonsumtion, d v s återföring av utredning kan fungera som en intervention i sig. Resultaten från den amerikanska projekt MATCH-studien tyder på att behandlingseffekten av själva utredningsförfarandet kanske har varit väl så stor som effekten av behandlingen. Frågorna som ingår i ASI-intervjun är inte alltid så självklara, vilket även innebär att intervjuarna vanligen går en tre dagars ASI-utbildning. Trots det kan inte utbildningen förbereda intervjuaren för allt som kan hända i intervju-situationen. Arbetet med intervjuarskattningen och ifyllandet av feedbackformuläret lyfter fram oklarheter och frågetecken som återkopplingssamtalet kan korrigera. Detta är en styrka när det gäller att producera statistik baserad på information som är insamlad av personal som har gett feedback. Vi får en kvalitetsgaranti, eftersom intervjuaren har haft möjlighet att rätta ut frågetecken och ändra felaktiga kodningar. Slutgiltig inmatning av information i dataprogram bör av denna anledning inte ske innan feedback och eventuella justeringar är gjorda.

Hur återföringen görs är också viktigt. Många gånger verkar personalens motvilja mot återföring hänga samman med att man antingen är rädd för att ha uppfattat intervjun fel eller för att man är osäker på hur återföring skall gå till. För personal som är utbildad i tekniker som motiverande samtal (MI) eller som arbetar lösningsfokuserat, verkar feedback inte vara något större problem. Vad som bör undvikas i återföringssituationen är att intervjuaren säger att "så här är du" punkt slut eller bara rakt upp och ner upprepar klientens svar. Meningen med återföringen är att vi skall ge något tillbaka till klienten. Ungdomarnas frågor till intervjuarna om "hur var det" och "vad tycker du" var en av utgångspunkterna i utarbetandet av metoden för återföring med hjälp av AFF. Strukturen i att ta fram intervjuarskattningarna genom att 1) värdera positivt respektive negativt, 2) klientens egen uppfattning, 3) identifiera den huvudsakliga problematiken och slutligen 4) motivera vad man bygger bedömningen på. Detta verkar fungera utmärkt som återföring till klienten. Återföringen handlar om tre punkter: Så här ser jag på det; Har jag uppfattat det rätt; Hur ser du själv på det. Återkoppling-

Återföringssamtalet

en med hjälp av feedbackformuläret visar också att vi tar klienten och dennes berättelse på allvar. När intervjuaren ger återkopplingen kan det presenteras på följande sätt: "Efter det att vi träffades och gjorde ASI-intervjun har jag gått igenom och sammanfattat den. Jag har också bedömt ditt hjälpbehov och din problemtyngd utifrån hur mycket hjälp personer som har en liknande problematik som du brukar behöva". Att intervjuaren har lagt ner tid på att tänka över och skriva ner klientens situation, och inte bara läser högt från ett datautdrag har för avsikt att sända en signal till klienten att vi är intresserade av honom eller henne som individ och inte bara som siffror och statistik. I ASI-X och EuroADAD är Feedbackformuläret en del av intervjumetoden och om man använder instrumenten skall återföring till klienten ske.

RAFF – Reviderad AFF

RAFF står för Reviderad AFF och är i realiteten ett extra fält i AFF som är avsett för att ge en möjlighet till revidering och komplettering av informationen i ASI utifrån återföring och kompletterande utredning och bedömning.

Återföringen till klienten fyller ett flertal funktioner. Av betydelse är att utnyttja tillfället till att kontrollera om man som intervjuare har förstått klientens situation rätt. Skattningsförfarandet i ASI har den fördelen att det fungerar som en kvalitetskontroll av intervjun. Vid skattningen blir oklarheter, felkodningar, ologiskheter i svaren och brist på information ofta uppenbar. Återföringen ger en möjlighet att kontrollera att informationen stämmer, hur saker hänger ihop och om intervjun ger en någorlunda rättvisande bild av klientens situation. ASI-intervjuns konstruktion och ursprung gör att det kan uppstå situationer där kodningen verkar fel men där det kan finnas en logisk förklaring eftersom verkligheten är mycket mer komplicerad än vad formuläret förmår att beskriva. Genom återföringen kan missförstånd klaras ut och felkodningar rättas till. När det gäller tekniska felaktigheter i intervjun bör dessa rättas till och intervjuarskattningen ändras om informationen vid ett klagande ändrats till den grad att det bedöms nödvändigt.

Vid återföringen kommer även kompletterande information fram vilket inte direkt har sin plats i själva ASI-intervjun. Denna information kan dock ha betydelse för behandlingsplaneringen och i klientarbetet. Information kan noteras och kommenteras i RAFF. Kompletterande information kan även komma från fördjupad utredning och bedömning. RAFF ger möjlighet att föra in resultat och information under respektive livsområde. Genom att föra in och sammanfatta grundläggande klientinformation på samma ställe som ASI-intervjun fås ett dokument som ger en samlad bild av klientens problematik.

Förändringsfas

Återföring med AFF är övergången mellan ASI och MAPS. Innan vi går över till nästa steg och CHANGE skall vi gå igenom begreppet FAS.

Begreppet förändringsfas är den översättning av engelskans Stage of Change

(SoC) som används i MAPS. Förändringsfas används i MAPS för att beskriva på vilket sätt en person uppfattar och hanterar ett problem, oberoende av inom vilket område problemet ligger. Stage of Change-modellen började spridas i Sverige i början av 90-talet. En av de tidigaste och ivrigaste förespråkarna för denna modell var Sten Rönnerberg, tidigare innehavare av missbruksprofessuren vid Socialhögskolan i Stockholm. Genom hans seminarier och via inbjudna föreläsare, som till exempel när Bill Miller höll en workshop 1991 i motiverande samtal, kom vi som studerade för Rönnerberg tidigt i kontakt med dessa tankegångar. SoC var diskuterad inom den vetenskapliga världen när den kom. Trots att den helt naturligt inte är obestridd har den allt mer kommit att framstå som vetenskapligt allmängods. Modellen har spritts brett under de senaste åren, bland annat genom genombrottet för motiverande samtal (MI). När det gäller allmän spridning ligger dock Sverige efter många andra europeiska länder. När jag har utbildat i exempelvis Holland och Storbritannien har det visat sig att i stort sett alla behandlare känner till modellen. I Sverige är det först under de senaste åren som jag upplevt att behandlare har kommit i kontakt med modellen vilket har att göra med motiverande samtal. Att modellen är bekant underlättar både utbildning i och införandet av MAPS inom missbruksbehandling och ungdomsvård.

Eftersom modellen har kommit till Sverige i omgångar och bland annat spridits tillsammans med motiverande samtal (MI) har också översättningar av uttryck och begrepp kommit att skilja sig åt. Olyckligtvis har vi ännu inte gemensamma översättningar för de fem olika förändringsfaserna. Inom MI används en mängd olika översättningar och valet av begrepp beror ofta på vem det är som utbildar. I vissa utbildningsmaterial i MI figurerar till och med olika namn på samma fas. För MAPS har vi tagit fram en standardvokabulär, d v s vi använder oss alltid av samma begrepp för att namnge faserna. Begreppen är inte ordagrant översatta från originalet utan valda för att på ett så korrekt sätt som möjligt på svenska förmedla innehållet i de olika faserna. I stället för som i det amerikanska originalet använda ett ord för respektive fas har vi valt att välja ordpar för att bättre beskriva faserna. Ordparen har tagits fram i samarbete med Carlo DiClemente. Att arbeta ihop med en av författarna har betytt att vi är säkra på att vi har fångat innebörden i de olika faserna. Vi hoppas att MAPS vokabulär kan komma att sätta standard.

Omedveten/Uppgiven (Precontemplation) Klienten funderar inte på eller upplever sig inte kunna förändra sig eller lära sig att hantera en viss problematik. Omedveten är man dock bara en gång (i början av ett problem). Efter ett antal misslyckanden blir klienten snarare uppgiven inför problemet. Man anser inte det vara inom möjligheternas ram att göra något åt problemet eller så upplevs fördelarna så stora att en förändring inte är aktuell. Klienten ser inte förändring som ett alternativ inom en över-skådlig framtid. Här brukar vi använda oss av riktmärket cirka 6 månader.

Fundera/Överväga (Contemplation) Klienten börjar få mer allvarligt menade funderingar på att ta tag i problemet. Ofta väger man här fördelarna mot nackdelarna. I

början av denna fas rör ofta ambivalens själva problemet, medan man senare är ambivalent kring olika lösningar på eller vägar ut ur problemet. Gemensamt är dock att klienten är öppen för förändring, även om det kan innebära en del uppoffringar. Vi brukar säga att klienten ser förändring som möjlig inom en överskådlig framtid, men har ännu inte bestämt sig.

Beslut/Förberedelse (Preparation) Klienten har allvarliga funderingar på att göra något åt problemet inom den närmaste tiden; riktmärke, cirka 1 månad. Ett beslut att göra något är mer eller mindre taget och klienten börjar göra förberedelser för att sätta beslutet i verket. Man påbörjar även en beteendeförändring, prövar på olika alternativ och försöker att komma igång på ett lämpligt sätt. I den här fasen förenas tanke (intention) och handling (beteende).

Handling/Förändring (Action) Klienten arbetar aktivt med problemet och genomgår en beteendeförändring. Detta kan fungera bättre eller sämre, men handlar om ett allvarligt försök till förändring. För att vara i denna fas krävs mer än enstaka försök med ett alternativt beteende, man skall ha "kommit igång" (riktmärke 1 månad). Exempelvis är man inte i handling bara för att man lyckats jogga i skogen 3 gånger för att göra något åt sin övervikt. Även om det inte alltid går så bra, är man ändå i denna fas så länge man aktivt arbetar på det. Här arbetar klienten aktivt med förändringen och fokus är på att inte ge upp när det går trögt.

Hantering/Upprätthållande (Maintenance) Klienten har lyckats med beteendeförändringen och hanterat problemet sedan en längre tid (cirka ett halvår). Nu handlar det inte längre om att hålla ut och genomföra beteendeförändringen utan mer att upprätthålla den uppnådda förändringen. Man försöker att undvika återfall och att halka tillbaka i det tidigare beteendet. Man kan här tala om att förändringen har börjat sitta i ryggraden.

Ej relevant (Termination) När ett problem har hanterats under en avsevärd tidsrymd kan det upplevas att det inte längre existerar. Det nya beteendet är integrerat i klientens identitet. Man ser sig inte längre som en före detta rökare utan mer som en icke-rökare. Utifrån hjulmodellen kan man säga att klienten här lämnar hjulet. Givetvis kommer inte alla klienter ur hjulet när det gäller alla beteenden. Här går det inte att sätta en generell gräns eftersom man kan säga att det nu har gått si och så många år och klienten definitionsmässigt är av med problemet. I diskussioner med Carlo DiClemente fick vi rådet att när klienter framgångsrikt har hanterat sina problem i mer än 3 år, brukar det normalt sett inte löna sig att sätta in hjälp eller behandling om inte klienten speciellt ber om det. Eftersom förändringsfaserna skall användas för att kunna bedöma vilken typ av hjälp klienten behöver, är detta ett praktiskt riktmärke för att det inte längre är relevant att fastställa någon förändringsfas. Om klienten inte har något problem eller förändringsbehov av betydelse, är det givetvis inte heller relevant att fastställa förändringsfas.

Genom att vi använder ordpar för att namnge och beskriva faserna fångar man upp att även om det är en kvalitativ skillnad mellan faserna (d v s att de representerar skil-

da och sinsemellan olika tillstånd i förändringsprocessen), finns det kvantitativa förändringar inom faserna, så till vida att man kan komma allt närmare nästa fas utan att för den skull vara i den.

I den första fasen kan man vara *omedveten* i början och efter återfall närmar man sig istället *uppgivenhet*. Förändringen sker från "behöver inte" och "går inte" till "vill inte". Den kvantitativa förändringen är här från helt stängd till nästan öppen. I fas två går man från att *fundera* kring problematiken till att *överväga* lösningen. Fas tre innebär att man tar ett *beslut* och påbörjar *förberedelser* för att komma igång. Fjärde fasen startar med *handling* vilket leder till en beteendeförändring. Problematiken *hanteras* i den femte fasen och kraften går över till att *upprätthålla* förändringen. Ordparen är således ett sätt att tydliggöra en förändringsmodell som bygger på både kvantitativ och kvalitativ förändring.

Förändringsfaser, exemplet rökning

Omedveten/Uppgiven

När man väl har kommit över de första vändorna av att lära sig att röka brukar de flesta uppfatta rökningen som förknippat med olika fördelar, som att man mår bra, har något att göra, man är med folk som man känner gemenskap med o s v. Om det är något negativt med rökningen är det oftast inte förknippat med själva cigaretten utan snarare med att andra sätter hinder i vägen. Det är dyrt, man får inte röka där man vill och man är i vissa fall tvungen att gå ut även mitt i vintern. Först ser man inte några problem förknippade med rökningen eller problemen ligger eventuellt så pass långt fram i tiden att man antingen inte bryr sig eller tycker att "om det skulle behövas så är det ju bara att sluta, det är ju lätt om man bara vill". Med tiden blir de problem som är förknippade med rökningen mer uppenbara, i och med att man allt oftare konfronteras med dem. Det betyder inte att man för den delen börjar fundera på att sluta röka, snarare att man konstaterar att "lite skit får man väl tåla för att kunna göra det man vill". Problemen blir en naturlig del eller ett irritationsmoment i något som man är ganska nöjd med, man är *ännu inte öppen för tanken* att man kanske borde sluta röka.

Fundera/Överväga

En dag kan det hända att man plötsligt ser på saken i ett annat ljus. Ofta är det förknippat med en speciell händelse, till exempel ett läkarbesök, någon i bekantskapskretsen slutar röka eller kanske bara att man läser en broschyr om hur man slutar röka. Denna yttre eller inre händelse kan få en att plötsligt se möjligheten till förändring på ett annat mer realistiskt sätt. Man är *öppen för tanken* att sluta röka ~~även om~~ det just nu inte innebär att man på något sätt har bestämt sig. I detta läge kan man börja se och lyssna på människor som antingen har slutat eller funderar på att sluta röka. Det är lite som när man på allvar börjar fundera på att skaffa en ny bil, man börja läsa biltester i tidningarna, titta på bilar på stan, inte utifrån vad man i sin fantasi

skulle vilja ha utan ifrån vad som skulle vara realistiskt att skaffa sig. I denna fas börjar man på ett mer seriöst sätt intressera sig av information om rökning. I början är man intresserad av att få reda på fördelarna och nackdelarna med en förändring/icke-förändring och vad det skulle innebära för en. Senare när ens tankar allt mer börjar luta sig åt att sluta, kommer man att intressera sig för hur man kan göra för att det skall gå lättare att sluta.

Beslut/Förberedelse

Så kommer då den dag då bågaren rinner över och man *beslutar* sig att ta steget fullt ut och bestämmer sig för att sluta röka. Det finns många olika sätt att göra detta, en del människor säger bara till sig själva att nu är det slut och slänger cigaretterna, knyter nävarna i fickan och låter bli att röka. Denna metod kan många gånger fungera men ofta är det besvärligt och leder gärna till återfall om något inträffar som rubbar cirkelarna. Ett annat sätt är att man på allvar börjar *planera* för hur en förändring kan gå till, sätta sig in i om det finns något lämpligt sätt att göra det på och bestämmer sig för ett datum när man skall sätta det i verket. Förberedelser görs och man börjar *testa* den metod man bestämt sig för. Ibland upplever man att det sätt man valt inte passar en, eller att det var överambitiöst. I så fall ger man inte upp utan tar istället ett halvt steg tillbaka och funderar på om det finns en lämpligare metod att pröva på. Om allt går vägen ger man här inte upp utan stannar vid beslutet men väljer en annan strategi som man prövar på.

Handling/Förändring

Efter att ha provat ett tag har man gått ifrån att testa till att ha kommit igång. Oavsett om man har slutat helt eller om man har börjat dra ner på rökningen så har förändringen kommit igång på allvar och är inte längre att betrakta som "att man prövar på". Man upplever kanske att det är så här jag skall göra det och nu försöker jag att löpa linan ut. Man är nu inne i en aktiv förändringsprocess som vissa dagar är tung och svår och får en att fundera på att ge upp medan man andra dagar känner att det här var ett helt riktigt val och att det inte kommer att vara något problem att upprätthålla. Även om man är *inne i förändringen* innebär det att man för det mesta måste arbeta aktivt för att få det hela att gå åt rätt håll. Om man börja slappna av är risken stor att man ramlar tillbaka igen, så man måste vara uppmärksam för att klara av det. Vanliga sätt att klara av att inte röka eller att trappa ner är att undvika allt som är förknippat med risker, exempelvis att hålla sig undan folk som röker eller att ersätta rökningen med något annat, godis eller nikotintuggummi. Tankar på rökning och på att man inte borde röka kommer ofta upp, framförallt i början.

Hantering/Upprätthållande

Sakta går handling/förändring över i att man inte längre behöver anstränga sig för att upprätthålla förändringen. Det känns naturligt att inte röka och man tänker inte sär-

skilt ofta på det. Eftersom förändringen sitter i ryggmärgen behöver man inte längre undvika alla situationer där det röks. Att vara en rökare är inte längre en del av ens personlighet och sug efter cigaretter kommer sällan och då oftast i speciella situationer som är förknippade med positiva erfarenheter av rökning, till exempel med vissa vänner, vid semester på en speciell plats, etc. Nu behöver man inte längre ha en mer eller mindre daglig uppmärksamhet på att inte återfalla utan snarare vara uppmärksam på speciella risksituationer. Med tiden blir även risksituationerna mindre laddade.

Omedveten/Uppgiven – "andra varvet"

På samma sätt som en enskild händelse eller situation kan göra att man öppnar sig för förändring när man är i fasen omedveten/uppgiven, kan kritiska situationer vara utlösande för att man inte klarar av att upprätthålla sin förändring utan återfaller till en tidigare fas i sin förändringsprocess. Många gånger när det gäller rökning ramlar man tillbaka till omedveten/uppgiven. Man trodde att man hade klarat av att sluta röka men det gick inte. Det gick bra att röka ett par cigaretter, bara på skoj, men plötsligt var man där igen. Första gången man ramlar tillbaka kanske man kan intala sig att det nog ändå inte är så farligt att röka. Men ju fler gånger man ramlar tillbaka desto mindre tror man på det. Oskuld är man ju normalt sett bara en gång. Kanske börjar man pragmatiskt att konstatera att lite negativa konsekvenser måste man väl stå ut med för att "må bra". Att det går att sluta vet man men det är så jobbigt och inte alls värt besväret. För varje gång man återfaller eller ju längre tid det går utan att man ens klarar av att göra ett försök desto mer uppgiven blir man inför tanken att lägga av. "Jag är för gammal för det", "Det kanske funkar för andra men inte för mig" och liknande uttalanden kommer ofta från dem som har givit upp tanken att någonsin klara av att sluta. Hos de uppgivna finns kanske insikten om problemen (troligen mer än hos andra) men de ser ingen möjlighet att kunna göra något åt sin situation längre.

Ej Relevant

För att inte avsluta detta exempel i total uppgivenhet, finns det även fall där man framgångsrikt lyckats att sluta röka. När rökningen hanteras över tid minskar risken för återfall och tidigare risksituationer förlorar i betydelse. I lyckliga fall kan det gå så långt att problemet i praktiken har slutat att existera. Det finns dock ingen garanti. Om man mot förmodan ändå skulle börja röka är detta inte att se som ett återfall utan mer som att börja röka för första gången. I realiteten är det dock så, att när man kommit till "ej relevant", behövs det inte någon särskild uppmärksamhet på rökning eftersom det är främmande för en och man kan rygga tillbaks för tanken att man någonsin har rökt. Om man skall göra en jämförelse, kan man göra det med nappar. De flesta som var nappberoende som barn skulle aldrig komma på tanken att börja suga på napp igen. När de kommit så långt ifrån sitt nappsugande som de har gjort i

vuxen ålder, är risken för att de skulle börja suga på napp minimal, även om de skulle råka få ett nappsugande barn. I praktiken innebär det att när man är i "ej relevant" och har gått ur hjulet, så är det i normala fall inte meningsfullt att sätta in hjälp eller stödinsatser. Det kan vara bra att informera om vad klienten kan göra om han skulle vara på väg att få problem på nytt och då räcker det troligen att han får någon att prata med. Att visa på att det kan finnas en väg ut ur problematiken och att man kanske kan slippa ifrån den helt är bland de mest positiva sakerna i Prochaska och DiClementes teori om förändring. Istället för att säga en gång kört alltid kört visar de att det kan finnas hopp, bara man jobbar hårt och tiden får ha sin gång.

Vårdfas

När vi började beskriva institutioner visade det sig att det inte var ett problem att beskriva vilka av förändringsfaserna som de arbetade med och därmed vilka klienter som kunde tänkas ha nytta av behandling med en viss fasprofil. Syftet var dock även att kunna beskriva institutionens resurser och insatser, inte bara uppdelade i områden utan även i FAS. När vi försökte dela in insatser utifrån olika förändringsfaser visade det sig att samma typ av insats kunde användas inom olika faser och att det bara var fokus i insatsen som skiljde sig åt. För att hitta en bättre metod att indela insatser i faser, fick vi söka oss till verkligheten. Vi började titta på hur olika vårdsystem är uppbyggda och det framkom tydligt att de ofta är konstruerade utifrån ett vårdkedjerspektiv, där olika typer av enheter och de typer av insatser de arbetar med kommer i en viss ordning. En typisk sekvens kan vara Avgiftning – Motivation – Behandling – Eftervård. Efterhand kom vi fram till följande uppdelning av vårdfaserna:

- 1 Omvårdnad/Stabilisering
- 2 Motivation/Intentionsförändring
- 3 Behandling/Beteendeförändring
- 4 Eftervård/Konsolidering

motivation - resp.
behandlingsarbete

På samma sätt som med förändringsfaserna, valde vi att använda oss av ordpar för att på bästa sätt beskriva fasernas innehåll. Med denna uppdelning visade det sig möjligt att dela upp insatser i olika faser. Dock var det ibland svårt att veta inom vilken fas en viss insats skulle placeras. Detta löstes så småningom genom att definiera de olika faserna utifrån Prochaska och DiClementes transteoretiska modell för förändring, som SoC bygger på. Med utgångspunkt i modellen var det möjligt att definiera "Motivation" utifrån att det handlar om insatser inriktade på att öka klientens *intention* till beteendeförändring, medan "Behandling" var insatser inriktade på att *genomföra* själva beteendeförändringen. Utifrån detta definierades sedan "Omvårdnad" som insatser vilka är inriktade på att *stabilisera* klientens situation och kan men behöver inte vara en grund för senare intentionsförändring. "Eftervård" i sin tur defi-

nierades som insatser inriktade på att *konsolidera* en genomförd beteendeförändring. De olika Vårdfaserna överlappar vissa av förändringsfaserna och insatser från en viss Vårdfas får ett speciellt fokus beroende på vilken förändringsfas klienten är i.

Utvecklingen av Vårdfaserna och deras definitioner har inte bara betydelse för konstruktionen av MAPS. Vårdfasdefinitionerna berör även direkt en diskussion som har förts inom SiS i stort sett sedan myndigheten bildades. Hur definierar man begreppet behandling? Denna fråga har att göra med LVM-vårdens syfte och om LVM skall avse enbart motivationsarbete eller om även behandlingsarbete kan bedrivas inom ramen för LVM. Om de begreppsdefinitioner som lanseras i och med utvecklingen av Vårdfaser får acceptans, kan diskussionen om LVM-vårdens uppdrag och praktiska utformning förhoppningsvis ske utifrån en gemensam syn på vad som avses med motivations- respektive behandlingsarbete.

Vårdfaserna är inte bara definierade utifrån den transteoretiska modellen, de relaterar även till de olika förändringsfaserna. Faserna relaterar indirekt till varandra så att det i varje vårdfas finns ett primärt fokus mot en förändringsfas. Vårdfaserna har dock betydelse för fler förändringsfaser. Sambandet mellan förändringsfas och vårdfas kan illustreras med den så kallade *förändringsmedaljongen*, se för-sättssidan. I förändringsmedaljongen framgår vilken vårdfas som är i fokus och vilka övriga vårdfaser som är av betydelse i valet av insatser för en klient i den aktuella förändringsfasen. Omvänt kan man utifrån vilken eller vilka vårdfaser en verksamhet arbetar med, bedöma vilka förändringsfaser som det kan vara lämpligt att rikta in sig på i klientarbetet. Förändringsmedaljongen uttrycker i sin konstruktion hur vi i MAPS ser på behandlaren och behandlingssystemets roll i klientarbetet. Vårdfaserna och deras innehåll av vårdenheter och insatser kan ses som resurser i klientens förändringsprocess och även behandlaren ses som en resurs eller en ledsagare i den förändring, där klienten själv har det slutgiltiga avgörandet och även ansvaret. MAPS försöker att vara ideologineutralt och strävar efter att fungera ihop med de flesta behandlingsteorier och -modeller. Det enda medvetna ideologiska ställningstagande som görs med MAPS är att det är *klientcentrerat*, vilket ligger i linje med den transteoretiska modellens beskrivning av förändring som något som sker inom och med individen. Detta innebär att vi måste acceptera idén om att varaktig förändring måste komma inifrån individen själv. Detta ligger också i linje med betoningen av motivation till förändring istället för motivation till behandling.

Medaljongen ger en bild av hur vårdsystemet och dess insatser är uppbyggda för att möta klientens behov i olika skeden av förändringsprocessen. På samma sätt som förändringsfaserna kan användas för att beskriva klienter, deras situation och mål, kan vårdfaserna fungera som en generell metod för beskrivning av vårdsystem och insatser inom olika människovårdande verksamheter. Begreppet vårdfas eller "phase of care" på engelska, används i flera delar av MAPS för att beskriva en enhets arbete, syfte och plats i vårdkedjan. MAPS metod för institutionsbe-

skrivningar ger möjligheter att anpassa insatser utifrån vilken förändringsfas en klient befinner sig i.

CHANGE

CHANGE är det formulär och den metod som i MAPS används för att fastställa i vilken förändringsfas klienten befinner sig. Det finns ett antal olika metoder att fastställa förändringsfas, de vanligaste är frågeformulär, algoritm och den så kallade readiness ruler. Metoderna har olika för- och nackdelar. Frågeformulären är i enkätform och fylls i av klienten på egen hand. De ger en profil där man utifrån en matematisk metod räknar ut i vilken fas det är sannolikast att klienten befinner sig. Exempel på formulär är URICA, ALCREADI, Socrates och Readiness to change questionnaire (RTCQ). Dessa metoder ger en bra bild av klientens tankar kring förändring men är svåra att användas för att mer exakt bestämma vilken fas klienten är i. "Readiness ruler" är en enkel metod som snabbt ger information om hur klienten själv ser på hur redo han är för förändring, men fungerar bara för att differentiera mellan de första faserna. Algoritmmetoden bygger på att fastställa när i ett flöde kriterierna för klientens förändringsfas är uppfyllda. Fyller klienten kriterierna för fas 1, om inte fyller han kriterierna för fas 2, om inte o s v tills ett ja nås. Fördelen är att man snabbt får en klar bestämning av fas men nackdelen är att den är mekanisk och att man riskerar att göra felaktiga bedömningar eftersom den bygger på i vissa fall bristfällig information. Den avgörande fördelen för algoritmmetoden är dock att den i likhet med readiness ruler är generell och därmed går att använda inom samtliga ASI-områden utan modifikation och att den i likhet med frågeformulärmetoden kan användas för samtliga förändringsfaser.

I sina första versioner var CHANGE mest en tillämpning av algoritmmetoden som utfördes i intervjuform istället för i enkätform. CHANGE utgick ifrån ASI:s intervjuarskattning varpå intervjuaren ställde frågor utifrån ett flödesschema med angivna kriterier. Efter prov och diskussioner med forskare och behandlare såg vi vissa problem med denna metod. I och med att CHANGE kunde utföras i samtal med klienten och inte som en enkät behövde vi inte använda oss av det rigida formatet som vi hade. Falska positiva svar (som till exempel när klienten svarar ja på frågan om han kan tänka sig att sluta dricka inom 30 dagar kan visa sig betyda att detta enbart gäller under förutsättningen att behandlaren "fixar det" för klienten men att klienten inte själv tänker anstränga sig för att ta tag i sitt drickande), visade sig kunna undvikas genom följdfrågor. Att skriva in alla relevanta följdfrågor i formuläret visade sig givetvis omöjligt. Den senaste versionen av CHANGE är fortfarande inspirerad av Prochaska & DiClementes förändringsalgoritm, men metoden att få fram faserna är förändrad. I samråd med DiClemente har vi tagit fram en metod, där formuläret främst fungerar som ett hjälpmedel för intervjuaren och där intervjuaren i realiteten är mätinstrumentet. Utifrån en förståelse för definitionerna av förändringsfaserna och deras innehåll, fastställer intervjuaren vilken fas klienten uppfyller kriterierna

för. Utgångspunkten för samtalet är återföringen av ASI med hjälp av AFF. Efter varje avsnitt, i återföringen av AFF till klienten, utreder således intervjuaren i vilken fas klienten befinner sig avseende den huvudsakliga problematiken inom området. När väl den så kallade ingångsfasen är fastställd används CHANGE normalt sett vid utskrivning och vid uppföljning, men kan och bör givetvis användas vid upprepade tillfällen under behandlingen. I MAPS används CHANGE främst till att fastställa fas inom de olika livsområdena, men metoden kan även användas för att se var klienten befinner sig i andra förändringsprocesser.

CHANGE genomförs som ett kort samtal, gärna i samband med återföringssamtalet efter ASI-intervjun. Samtalet utgår från återföringen till klienten och formuläret fungerar där som ett stöd i diskussionen, där intervjuaren använder sig själv som instrument i ett resonemang kring ett från ASI-intervjun identifierat problem. Diskussionen bygger inte på motsättning utan på diskrepans och samförstånd. Definitioner av de olika faserna finns i rutorna på formuläret vilka är kopplade till ett färgat fält med fasens namn och kod. Dessa är dock bara att se som ett stöd, eftersom metoden bygger på att intervjuarna är väl förtrogna med faserna och kan fastställa dessa utifrån ett relativt fritt samtal med klienten, där intervjuarens kunskap om kriterier för faserna ger den röda tråden i samtalet. Tekniken kan med fördel kombineras med exempelvis MI, motiverande samtal, och övergångar mellan faser sker genom att intervjuare och klient diskuterar klientens attityder, tankar om framtiden, tidigare strategier till förändring, etc, där man utifrån diskussionen bestämmer en fas (att klienten funderar/överväger olika alternativ till förändring; redan har fattat ett välgrundat beslut om lämpliga fortsatta insatser; aktivt arbetar med beteendeförändring, etc). I CHANGE finns hjälptexter för kriterierna för de olika faserna i rutorna. Texten fungerar som ett stöd för samtalet och intervjuaren skall med hjälp av dessa *med egna ord* få fram i vilken fas klienten är.

För att utföra intervjun på ett bra sätt är det viktigaste att förstå innebörden av de olika faserna och övergångarna dem emellan, för att sedan ledigt kunna ställa frågor till klienten för att fastställa rätt fas. Här är det viktigt att inte forcera. Om det är osäkert om en klient riktigt fyller kriterierna för en fas skall man alltid koda in den fas man är säker på, d v s den tidigare fasen. För att vara i en fas skall definitionen vara väl uppfylld. Brytpunkterna (30 dagar, 6 månader och 3 år) skall ses som riktmärken i intervjun och inte som absoluta och exakta dateringar. Ofta innebär "verkligheten" att klientkontakt, vårdtider, etc inte helt stämmer med brytpunkterna för CHANGE och intervjuarens omdöme bör styra fasbestämningen. Ofta exemplifierar vi 6 månader som "inom en överskådlig tid", 30 dagar som "inom en nära framtid" och 3 år som "en avsevärd tid", för att intervjuarna skall få en bild av vad vi försöker fånga. Efter diskussionen kring den huvudsakliga problematiken inom ett livsområde kan man summera diskussionen med exempelvis. "Har jag fattat det rätt att du funderar kring olika sätt att komma över det här problemet, men har inte riktigt bestämt dig för vilken metod som du tror passar dig bäst?"

CHANGE-metodiken för att fastställa förändringsfas verkar ha vissa fördelar framför algoritmen. Ett problem med algoritmmetoden är att en person kan säga att han visst kan tänka sig att förändra sitt beteende inom de närmaste 6 månaderna. När man sedan frågar hur, svarar klienten, "det är väl inte mitt problem, du är ju anställd för att fixa det åt mig!" Med CHANGE-metodiken har intervjuaren möjlighet att se att klienten inte har någon intention till förändring om det innebär att det krävs något av klienten själv och därmed är klienten i Omedveten/uppgiven och inte Fundera/överväga, vilket algoritmmetoden hade visat. Vi tror att det med denna metodik är lättare att fastställa klientens "rätta" fas eftersom det är svårt att via algoritmmetoden fånga en många gånger komplicerad verklighet.

CHANGE-intervjun i praktiken

CHANGE-intervjun förbereds i samband med att intervjuaren fyller i AFF och gör intervjuarskattningarna inför återföringssessionen. I AFF berörs *huvudsaklig problematik*, vilket är det man uppfattar som det viktigaste för klienten att förändra inom varje livsområde. När man fastställer klientens förändringsfas handlar det om var klienten är i förändring avseende just den huvudsakliga problematiken. Huvudsaklig problematik kan antingen vara något omfattande, som mer eller mindre berör hela området eller en mer specifik problematik som rör ett (det viktigaste) av flera problem inom området. Det kan exempelvis vara det allmänna hälsotillståndet (generell problematik) eller problemen med övervikt (specifik problematik). Utifrån den huvudsakliga problematiken skall sedan intervjuaren se om det går att få fram om problematiken är *aktuell*, d v s problemen finns nu, eller om problemen är *hanterade* sedan en tid. I vissa fall kan det vara så att det *inte har funnits* några problem att tala om och då är det inte relevant att sätta upp någon huvudsaklig problematik.

I återföringen försäkrar sig intervjuaren om att den huvudsakliga problematiken är rätt uppfattad, eller i de fall klienten inte själv ser några problem i det för intervjuaren uppenbara, om de fakta som intervjuaren bygger sin bedömning på stämmer.

Återföringen till klienten sker i tre steg för varje område:

1. Så här ser jag på din situation utifrån det du har berättat för mig
2. Har jag uppfattat situationen rätt eller finns det några fel eller missuppfattningar
3. Hur ser du själv på din situation

När det finns en *aktuell* huvudsaklig problematik skall den bli bekräftad utifrån fakta under återföringen. Vad intervjuaren sedan gör är att via klientens svar på fråga 3 "hur ser du själv på din situation" bilda sig en idé om vilken förändringsfas klienten kan tänkas vara i. Utifrån denna preliminära bedömning kontrollerar intervjuaren om kriterierna är uppfyllda för denna fas. Om de inte är helt uppfyllda ser man om kriterierna uppfylls för närmast föregående fas.

Hur man bestämmer/avgör i vilken fas klienten befinner sig.

När det finns ett aktuellt problem behandlar intervjuaren de aktuella faserna på följande sätt:

1 Omedveten/Uppgiven

När klienten lämnar uppgifter om sin situation så att den normalt skulle betraktas som problematisk eller att en intervjuarskattning som tyder på problem inte motsägs av fakta kan en aktuell problematik anses finnas. Om klienten själv inte tycker det är något att förändra eller bry sig om (d v s klienten är inte öppen för förändring) pekar detta på att klienten är i fasen omedveten/uppgiven och detta kan bekräftas av intervjuaren genom att ställa någon fråga för att kontrollera att klienten inte är öppen för förändring på ett genomtänkt sätt. Genom denna samtalsmetodik är det lätt att sortera bort dem som säger sig vilja ha hjälp eller förändra sig men inte är beredda att göra något åt det själva. Oseriöst förändringsbenägna blir lätt klassificerade som motive-rade till förändring med metoder som bygger på enkäter.

2 Fundera/Överväga

Om klienten själv ser sig ha ett problem som han kanske skulle kunna tänka sig att göra något åt, bör intervjuaren kontrollera om klienten är seriös eller någorlunda realistisk i sin vilja att fundera kring problematiken och att klienten inte ryggar tillbaka inför tanken på förändring och att förändring kan kräva vissa uppostringar.

3 Beslut/Förberedelse

Har klienten i realiteten tagit ett beslut? Ett beslut kan vara öppet eller dolt i de fall klienten inte vill sticka ut hakan, kanske av rädsla för att inte klara av det. Men om klienten har bestämt sig eller är villig att pröva på att förändra sig är ett av de två kriterierna för att vara i denna fas uppfyllda. Detta det första kriteriet handlar om tanke och intention och om realism. Klienten skall ha bestämt sig "på riktigt" och verkligen ha en intention att genomföra förändringen. Det man bestämt sig för skall även vara realistiskt och inte bara önsketänkande som saknar förankring i verkligheten. Det andra kriteriet handlar om handling och beteende. För att det skall vara uppfyllt skall klienten ha företagit sig någon handling, antingen som en del i en aktiv planering för att kunna sätta igång eller genom att pröva på förändring. När vi har fastställt att klienten är beredd på förändring och har gjort reella ansatser för att börja sätta det i verket, har vi bekräftat att klienten är i denna fas.

4 Handling/Förändring

Har klienten kommit igång med en förändring? Även om klienten arbetar aktivt med sin problematik betyder det inte att han är utan problem. Beroende på vilket problem det handlar om och hur problemet är tänkt att hanteras, kan klienten fortfarande ha ett aktuellt problem. Om klienten har intention till förändring och beteendeförändringen har kommit igång kodas att klienten är i denna fas, även om det ibland går mer eller mindre bra.

När det inte finns ett aktuellt problem behandlar intervjuaren de aktuella faserna på följande sätt:

Det första avgörandet är om det någonsin har funnits ett problem och om så är fallet, under hur lång tid klienten har varit problemfri, har hanterat problematiken och hur den har hanterats.

Ej Relevant

Har det någonsin funnits någon problematik av vikt inom området? Om detta inte är fallet är det inte heller relevant att fastställa någon förändringsfas. Dock kan det vara av intresse att fråga klienten om det är något inom området som klienten själv skulle vilja förändra under den tid man har kontakt med honom. Om det har funnits problem tidigare men de verkar vara helt hanterade, kontrollerar vi om så verkligen är fallet och i så fall hur länge detta har varit fallet. Som ett praktiskt riktmärke använder vi oss av en 3-årsgräns, men bara under förutsättning att klienten under en avsevärd tid inte har upplevt några problem med att upprätthålla förändringen och att risksituationer inte längre verkar existera.

5 Hantering/Upprätthållande

Avser om klienten hanterar sin problematik på ett framgångsrikt sätt, där förändringen sitter såpass bra att klienten inte tänker på den eller känner lust att ge efter, annat än under vissa särskilda förhållanden. När klienten säger att han inte tycker att det är något problem längre och att det har känts så under en längre tid, har klienten kommit till hantering/upprätthållande.

4 Handling/Förändring

I de fall klienten bara har varit problemfri under en tid eller fortfarande får anstränga sig för att inte ramla tillbaka eller för att fullt ut genomföra förändringen, innebär det att klienten fortfarande är i fasen handling/förändring. Klienten är kvar i denna fas tills han med råge har lärt sig att hantera sina problem.

När man fastställer klientens förändringsfas finns 3 nyckelfrågor till hjälp:

Vad tänker du?

Vad har du redan gjort?

Vad är du beredd att göra?

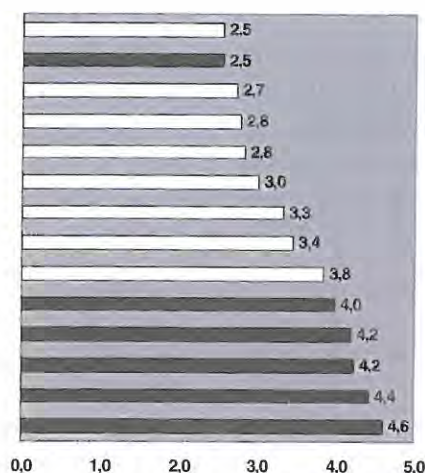
Genom att ställa dessa frågor, kan man på ett enkelt sätt fastställa om klienten är i den fas han synes vara.

7 Institutionsbeskrivning

Utarbetandet av en metodik för att beskriva institutioner

MAPS ursprung var, som tidigare nämnts, en metod för att beskriva institutioner. MAPS-enhet prövades i sin första version (bioMAP, 1997) på institutioner inom BiomedII-IPTRP projektet. I ett SiS-finansierat utvecklingsprojekt prövades version 2 av MAPS-enhet (från 1999) på LVM-hemmen. Informationen sammanställdes och utgjorde utgångspunkten för vidare utvecklingsarbete av institutionsbeskrivningarna. Grundtanken i MAPS-enhet var att beskriva institutioner och framförallt insatser utifrån ASI:s livsområden. Försök att kategorisera insatser utifrån förändringsfaser gjordes, men lyckades inte. För de institutioner som ingick i BiomedII-IPTRP fanns tillgång till ASI från de klienter som var med i projektet. Det visade sig möjligt att jämföra fördelningen av insatser med fördelningen av klienternas problem (intervjuarskattningen) på de olika livsområdena. I de första versionerna av insatsdelen av MAPS-enhet kategoriserades ett större antal insatser utifrån olika områden och utifrån vårdfaser. Vårdfaserna var i detta läge Utredning, Motivation, Behandling och Återfallsprevention. Under dessa kategorier fördelades olika typer av insatser, som kunde tänkas förekomma inom missbruksbehandling. I många fall var det dock svårt att fastställa under vilken vårdfas en insats skulle placeras och vad respektive namngivna insats egentligen stod för. Vi stötte i stort sett på samma erfarenheter som ett pågående europeiskt projekt, vilket syftade till att beskriva institutioner inom psykiatrisk behandling, nämligen att samma insats kan ha olika namn i olika sammanhang och att insatser med samma namn kan ha olika innebörd och betyda olika saker i praktiken. Trots dessa tillkortakommanden framkom ändå viss information av betydelse utifrån dessa data. Vi noterade att det var en framgångsrik väg för att räkna det antal insatser institutionerna erbjöd. Det borde dock finnas bättre sätt att inventera dessa. Figur 3 visar det resursindex som utarbetades för att beskriva hur stor andel av de i formuläret namngivna insatserna som varje LVM-hem hade tillgång till. Institutionerna är uppdelade utifrån om de angav att de sysslade med motivationsarbete (svarta staplar) eller både motivations- och behandlingsarbete (vita staplar). I enlighet med vad som kunde förväntas hade de institutioner, vilka även arbetade med behandlingsarbete, med ett undantag, ett större antal olika insatser till sitt förfogande. Bristen på operationella definitioner av vårdfaserna och svårigheter med placeringen av insatser, gjorde dock att det inte var vetenskapligt försvarbart att jämföra uppgiven vårdfas mot de vårdfaser, vilka representerades av frågorna.

Tillkortakommanden i de första versionerna av MAPS fick oss att fundera över instrumentets konstruktion. Erfarenheterna från IPTRP-projektet, SiS-projektet med institutionsbeskrivningar, ett pilotprojekt vid kriminalvården med beskrivning av fri-



Figur 3. Resursindex baserat på BioMAPS

Staplarna visar ett index beräknat utifrån antalet insatser. Vita staplar avser LVM-hem vilka anger att de enbart arbetar med motivationsarbete medan de svarta stolparna är de institutioner vilka anger att de även bedriver behandlingsarbete. Indexet visar att de institutioner som arbetar med både motivation och behandling har ett mer varierat utbud av insatser.

vård och fängelser, samt beskrivning av samarbetsprojekt i Holland gav oss en rad erfarenheter, vilka låg till grund för revideringsarbetet. De viktigaste invändningarna som kom fram var:

1. Instrumentet var för långt, 11 sidor i version 2 och innehöll 562 olika fält att fylla i. Enbart insatslistan bestod av 204 frågor och 408 fält.
2. Listan med olika behandlingsmodeller/ideologi passade inte in på verkligheten inom dagens behandling. Behandling av missbrukare är idag betydligt mer nyanserad och de flesta enheter, även inom SiS, använde sig av en kreativ mix mellan olika behandlingsmetoder och -modeller. Vi kom även att hysa en viss skepsis inför vad det egentligen var man svarade på och de kategorier vi använde oss av blandade ihop metod med behandlingsideologi.
3. Instrumentet framstod som utvecklat för institutionsvård av missbrukare. En riktig kommentar som givetvis hänger samman med instrumentets historia och den ursprungliga författargruppens sammansättning. Det innebär att instrumentet inte alltid passade för att beskriva verksamheter som öppenvård eller inom andra vårdsektorer utanför missbrukarvården.
4. Enhetsbeskrivningen utfördes som en intervju med ledningen. Även om vi fick bra uppgifter fanns en risk för att få tillrättalagda svar. Vi misstänker att

det lätt kan bli en sammanblandning mellan vad man anser sig göra och vad man verkligen gör.

5. Svårighet att definiera vad olika namn på insatser står för. Det har visat sig att många av de insatsalternativ som vi använde oss av och som vi trodde var generella, var svåra att förstå eller tolkades olika av såväl andra intervjuare som de intervjuade. Det framgick att insatser med samma namn hade olika funktion eller innehåll och att insatser med olika namn i praktiken handlade om samma insats.

SKA VI VISA MOD MAPS-ENHET?

MAPS-Enhet 3.0

BESKRIVER INSTITUTIONERNA

Utvecklingsarbetet med den tredje versionen av MAPS påbörjades under år 2001. Mycket arbete gick åt att lösa problem av teoretisk natur (som definitioner av vård-faser) och till att skapa en ny modell för hur insatser kan beskrivas. Inom missbruks-forskningen har traditionella och för vårt syfte otillräckliga metoder använts. Antingen har metoderna byggts på öppna frågor eller kvalitativ metod, vilket kan vara bra för en första utforskning av området eller för att få förståelse för kvalitativa resultat, eller så har de byggts på rigida och fast formulerade insatstyper, vilka oftast ser ut att vara anpassade efter den specifika undersökning som de ursprungligen har tagits fram för. Problemet är bristfällig jämförbarhet. Kvantitativa metoder inom fältet är bristfälliga såtillvida att de premierar de enheter som har samma namn på insatserna som de som används i formuläret, vilket ofta är avhängigt av formulärkonstruktörens egna preferenser och kunskaper. De kvantitativa metoderna är även mycket känsliga för kulturella och organisatoriska skillnader mellan enheter. En stor inspiration i utvecklingen av det nya formuläret och den nya metodiken för att beskriva insatser var ett europeiskt forskningsprojekt inom psykiatri vars resultat går att sammanfatta i att eftersom samma insatser har olika namn och insatser med samma namn har olika innehåll måste nya begrepp definieras. Detta blev utgångspunkten i en total revidering och omkonstruktion av MAPS enhetsformulär.

1. MAPS-Enhet 3.0 är 9 sidor långt, 414 fält varav maximalt 295 avseende insatser, d v s 25 procent mindre. I realiteten är skillnaden större beroende på den nya metodiken med kategoriseringar istället för fasta frågealternativ vilket gör att alla frågor inte behöver ställas.
2. När det gällde listan med behandlingsmodeller/-ideologi verkade det enklast att låta enheterna själva beskriva det i en öppen fråga, för att på detta sätt få in information som i framtiden gör det möjligt att besvara frågan om vad enheten baserar sitt arbete på.
3. I version 3.0 var utgångspunkten att konstruera ett generellt instrument för beskrivning av enheter verksamma med vård av människor oavsett vårdform. Denna utgångspunkt har visat sig resultera i ett instrument som beskriver institutionsvård för missbrukare bättre än tidigare instrument. Vi tror även att

den nya konstruktionen gör instrumentet mer stabilt över tid då det inte är känsligt för förändringar i vårdsystem och vårdinnehåll.

4. Enhetsformuläret är nu uppdelat i tre delar istället för tidigare två. Personalenkäten är kvar medan den tidigare intervjun är uppdelad i två, dels en enkät/telefonintervju som besvaras av institutionsledningen och berör enhetens bild av sig själv, dels en del som berör de insatser som är tillgängliga i vården. Den senare delen utförs som gruppintervju med ett representativt urval av personalgruppen. På detta sätt vill vi skilja den officiella bilden av enheten och dess inriktning från vilka insatser de i realiteten har till förfogande.
5. Genom att gå ifrån färdiga namn på insatstyper till att ha teoretiskt definierade insatskategorier går det att kategorisera alla olika typer av insatser som kan förekomma inom vård av människor. Kategoriseringen ger en viss nivå av information om insatserna som sedan kan brytas ner och beskrivas mer detaljerat. Kategorisering ger tillräcklig information för att användas för matchning och jämförelser mellan olika enheter. Den nya metoden kräver mer kunskap av intervjuaren men reducerar kraven på de intervjuade. De behöver enbart kunna beskriva insatserna i praktiken och vilket syfte de har. Den teoretiska utgångspunkten gör att intervjuaren inte behöver ha kunskap om varje kategori utan det räcker med goda kunskaper om de dimensioner som modellen är uppbyggd på, d v s de 6 livsområdena, de 4 vårdfaserna och de 5 insatstyperna.

Nedan beskrivs mer ingående några av förändringarna som gjordes i MAPS-Enhet 3.0 och illustreras med data från den enhetsbeskrivning som gjordes vid ett LVM-hem år 2001, och som reviderades år 2002. En av fördelarna med den nya metodiken är att enhetsbeskrivningen inte behöver göras om i sin helhet varje år. Vi rekommenderar en ny enhetsbeskrivning vart tredje år med årliga revideringar under de mellanliggande två åren.

Interventionsspektrum

För att på ett grafiskt sätt beskriva hur enheten prioriterar olika livsområden och faser i sitt arbete, har ett så kallat interventionsspektrum konstruerats (figur 4). Den översta raden i spektrat visar hur enheten prioriterar mellan områdena i sin verksamhet. I exemplet har missbruk och kriminalitet högsta prioritet (1), medan de övriga områdena ges sekundär prioritet (2). De övriga raderna representerar de olika förändringsfaserna som klienterna kan befinna sig i under vistelsen vid enheten. Inom varje livsområde anges vilken prioritet respektive fas har. Inom fysisk hälsa, som är ett sekundärt område, har Beslut/Förberedelse primär prioritet och markeras därmed med 1. Övriga faser inom området har sekundär prioritet och markeras med 2. Om vi tittar på Missbruk, vilket är ett primärt område, har faserna Omedveten/Uppgiven

och Fundera/Överväga primär prioritet och är markerade med 1. Beslut/Förberedelse och Handling/Förändring har sekundär prioritet och är markerade med 2. Fasen Hantera/Upprätthålla arbetar man inte med vid enheten när det gäller missbruk och den är markerad med 0. Om enheten inte hade tagit emot klienter som är i en viss fas inom ett område hade denna fas markerats med svart för kontraindicerande (d v s klienter med problem inom området tas inte emot).

Interventionsspektrat syftar till att på ett översiktligt sätt visa vilka områden och faser som enheten fokuserar på i sitt arbete. Genom detta kan man grafiskt matcha klientens problemprofil och förändringsfas till en enhet med ett passande interventionsspektrum. För bra passning bör klienten behöva mest hjälp inom de på enheten prioriterade områdena och klienten bör gärna vara i den förändringsfas som enheten prioriterar. Idealt är att enheten har första prioritet för klientens fas och den fas eller faser som kommer efter. Interventionsspektrat kan även visa om klienter med problem inom vissa områden inte tas emot på enheten eller om man inte tar emot klienter som är i vissa faser. I dessa fall används termen kontraindicerande. Som exempel

Area	Fysisk	Arbete	Missbruk	Kriminalitet	Social	Psyk	
Fas	2	2	1	1	2	2	Vårdfas
Omedveten	2	2	1	2	1	2	
Fundera	2	2	1	2	1	2	
Beslut	1	2	2	1	2	1	
Handling	2	1	2	1	2	2	
Hantera	2	2	0	0	2	2	

Figur 4. Interventionsspektrum för exempelinstitution

I raden med rubriken FAS, anger mörkblå markering de primära områdena (missbruk och kriminalitet) och ljusblå de sekundära. Raderna under fas markerar de olika förändringsfaserna under respektive livsområde. Under de primära områdena anger mörkrött primär fas och ljusare rött sekundär fas. På samma sätt anger orange primär fas inom sekundära områden och gult anger sekundär fas inom sekundära områden. Ljusgrått visar att institutionen inte arbetar med den aktuella fasen inom ett visst område. Markeringarna i kolumnen längst ut till höger (under rubriken Vårdfas) är till för att relatera Förändringsfaserna till Vårdfaserna.

tar vissa enheter inom missbrukarvården inte emot klienter med psykiatrisk problematik och andra enheter tar inte emot klienter som ännu inte har bestämt sig för att sluta missbruka.

Genom exempelns interventionsspektrum får vi översiktlig beskrivning av institutionens bild av sig själv. Exemplet visar att man ser sig som en institution som främst vänder sig till klienter som har problem med missbruk och kriminalitet. När det gäller missbruk är målgruppen de som har låg eller ingen motivation till förändring, medan när det gäller kriminalitet skall klienterna ha bestämt sig för förändring och man arbetar med beslutet och beteendeförändringen. Det ingår dock inte i enhetens arbete att arbeta med själva upprätthållandet av eventuell förändring. Vi ser även att enheten adresserar övriga områden och faser i sin verksamhet.

BEKÄNNING
HVA - INOM
ANVÄNDAS

Insatser

Den största och viktigaste delen av institutionsbeskrivningen är inventeringen av de insatser som enheten har till förfogande. Både forskning och erfarenhet har visat att det inte är så mycket varför man gör något som har betydelse utan att man gör något. Studier, som den amerikanska Project MATCH, visar likartade resultat för olika behandlingsmodeller, vilket delvis verkar bero på att man i praktiken gör ungefär samma saker även om olika namn används och personalen har olika behandlingssideologi.

I de tidigare versionerna av MAPS gjordes resursinventering genom att räkna antalet insatser som fanns tillgängliga inom respektive livsområde och vårdfas. Anledningen till att vi använde oss av ett resursindex var att antalet insatser skiljde sig mellan olika versioner av formuläret. En erfarenhet från de tidigare versionerna var att resursindex i viss mån varierade beroende på hur "optimistisk" den person som svarade på frågorna var gällande tolkningen av ifall de olika interventionerna användes vid enheten. Det finns inga generella definitioner för de interventioner som användes i de tidigare versionerna av MAPS, på samma sätt som det inte finns generella definitioner på de interventioner som används i andra formulär för insatser. Bristen på definitioner öppnar för godtycke när det gäller att klassificera insatser och hur bokstavstroende och noggrann den som svarar på frågorna är påverkar även hur många insatser som fångas upp. Med den nya metodiken i MAPS 3.0 verkar godtycket i inventering av insatser minska eftersom det finns klara definitioner för de tre dimensionerna (area, fas och typ) som tillsammans ger 120 olika kategorier inom vilka insatsen kodas. Definitionen av vad som räknas förskjuts från den intervjuade till intervjuaren. Genom att det inte finns några förutbestämda insatser är metoden inte känslig för hur insatserna benämns lokalt. Likaså är det intervjuaren och inte den intervjuade som avgör om en insats skall räknas eller inte. Metoden har testats på en mängd olika typer av enheter (socialtjänst, missbrukarvård, kriminalvård, ungdomsvård, psykiatri, etc) både inom och utanför Sverige men vi har ännu inte hittat någon människovårdande verksamhet som inte har varit möjlig att beskriva. Att metoden är generell har varit av avgörande betydelse eftersom MAPS numera inte bara används

inom missbrukarvården utan även inom bland annat kriminalvård, ungdomsvård, socialtjänst, psykiatri. Framförallt utomlands har MAPS mer och mer börjat användas inom samarbetsprojekt med aktörer från en mängd olika samhällssektorer, med de krav detta innebär av jämförbarhet över organisationsgränserna. I och med konstruktionen fungerar metoden lika bra inom olika länder som mellan vårdgivare som adresserar klienter i olika åldrar.

Area

Grunden för MAPS var, som tidigare nämnts, att beskriva individer och institutioner utifrån samma dimensioner. Eftersom vi inom IPTRP-projektet hade ASI som grundinstrument, var det naturligt att försöka beskriva institutionernas resurser och insatser utifrån de olika livsområdena i ASI. Vid den tiden fanns oss veterligen inget annat instrument för att beskriva insatser utifrån livsområden. Det instrument som projektet först tittade på, Treatment Unit Form – TUF, ställde endast frågan om enheten erbjuder service inom olika områden som endast delvis sammanföll med dem i ASI. Efter IPTRP-projektet har andra instrument utvecklats som berör olika livsområden. Gruppen som utvecklat ASI har också utvecklat ett instrument som heter The Addiction Treatment Inventory (ATI) och vid SiS har FoU tillsammans med IKM (Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvård, Växjö universitet) tagit fram ett instrument för institutionsbeskrivningar, som i SiS version kallas "Enhetsbeskrivning SiS". I detta instrument indelas insatserna lösligt i de livsområden som beskrivs i DOK-formuläret.

Vårdfas

Vi har tidigare talat om vårdfaser. När vi beskriver och kategoriserar insatser får vårdfaserna ett innehåll. I MAPS-enhet inventeras institutionens insatser och dessa kategoriseras utifrån det område (AREA), den vårdfas (FAS) och den insatstyp (TYP) de tillhör. Eftersom vårdfaser är ett nyutvecklat begrepp som de flesta ännu inte är familjära med kan det vara på sin plats att göra en grundligare genomgång av vad faserna handlar om.

A Omvårdnad/stabilisering Här ingår grundläggande omvårdnad, det vill säga insatser som syftar till att stabilisera klienten och hans/hennes situation. Insatser i fasen behöver inte direkt syfta till framtida förändring. Omvårdnad är dock normalt sett en förutsättning för framtida motivations- och behandlingsinsatser. I denna fas ingår till exempel omhändertagande insatser, vilka inte har motivationsarbete eller tillfrisknande som huvudsakligt mål. Syftet kan vara att hjälpa klienten att återhämta sig från de akuta konsekvenserna av ett eller flera problem. Insatser i denna fas kan öka mottagligheten för motivationsarbete. I till exempel missbrukarvård förutsätts ofta avgiftning och en tids återhämtning innan motivationsinsatser sätts in. Observation ingår i denna fas och vistelsen kan ses som ett sätt att etablera en första behand-

lingskontakt mellan klient och behandlare. Inom slutenvård är klienten av fri vilja eller under tvång placerad i en kontrollerad miljö med syfte att skydda honom själv eller omgivningen, vilket i sig är en insats av omvårdnadskaraktär.

B Motivation/intentionsförändring Här finner vi insatser som syftar till att väcka och stärka klientens *intention till förändring*. Klienten är många gånger omedveten eller uppgiven inför ett problem och motivationsarbete handlar bland annat om att öka klientens förmåga till att se förändring som både möjlig och eftersträvänsvärd. För- och nackdelar med förändring kan belysas och förhoppningsvis kommer klienten att börja se möjligheter att göra något åt problemet. Motivationsinsatser kan användas till att hjälpa klienten att lämna den omedvetna/uppgivna fasen för att i stället börja fundera över/överväga sin situation och sina möjligheter att eventuellt i framtiden kunna hantera problemet. I bästa fall leder detta till att klienten tar ett beslut om förändring. I denna fas kan klienten förberedas för senare beteendeförändring med avsikt att kunna hantera problemet, exempelvis informeras om behandlingsalternativ och insatser i syfte att motivera klienten att gå in i ett behandlingsprogram. Motivationsfasens huvudsakliga syfte är alltså att påverka klientens tankar, känslor och attityder till framtida förändring, det vill säga, öka klientens intention till förändring.

C Behandling/beteendeförändring I denna fas ligger fokus för insatserna på att befrämja *beteendeförändring*. I behandling tar klienten en mer aktiv roll i att arbeta med sin problematik. Här ingår allt från att pröva på eller testa nya beteenden till att aktivt gå vidare i en redan påbörjad förändring. I denna fas finns mycket av det vi i samhället traditionellt kallar vård och behandling. Det som utmärker fasen är att insatserna syftar till att hjälpa klienten till nya beteenden och ett nytt förhållningssätt till de problem som förändringen berör. Insatserna kan beröra beteenden, tankemönster och bearbetning av tidigare trauman och upplevelser.

D Eftervård/konsolidering Åtgärder för att konsolidera de nyförvärvade beteendet samt att släcka ut gamla beteenden ingår här. Eftervård, utslussning och återintegrering är begrepp relaterade till denna fas. Insatserna är främst av återfallsförebyggande och återintegrerande karaktär. Här ingår olika typer av återfallsprevention vilka syftar till att minska risken för att klienten i stressituationer går tillbaka i gamla mönster och åtgärder som syftar till att underlätta för klienten att leva ett "normalt" liv och att använda de nyförvärvade sätten att tänka och handla. Det handlar här om insatser som syftar såväl till att träna på det nya som att undvika att det gamla blir aktuellt igen.

Område, Vårdfas och Typ

Varje insats är i enhetsbeskrivningen beskriven i tre dimensioner. Detta gör det möjligt att med enkla medel få en överblick av enhetens resurser på ett strukturerat sätt.

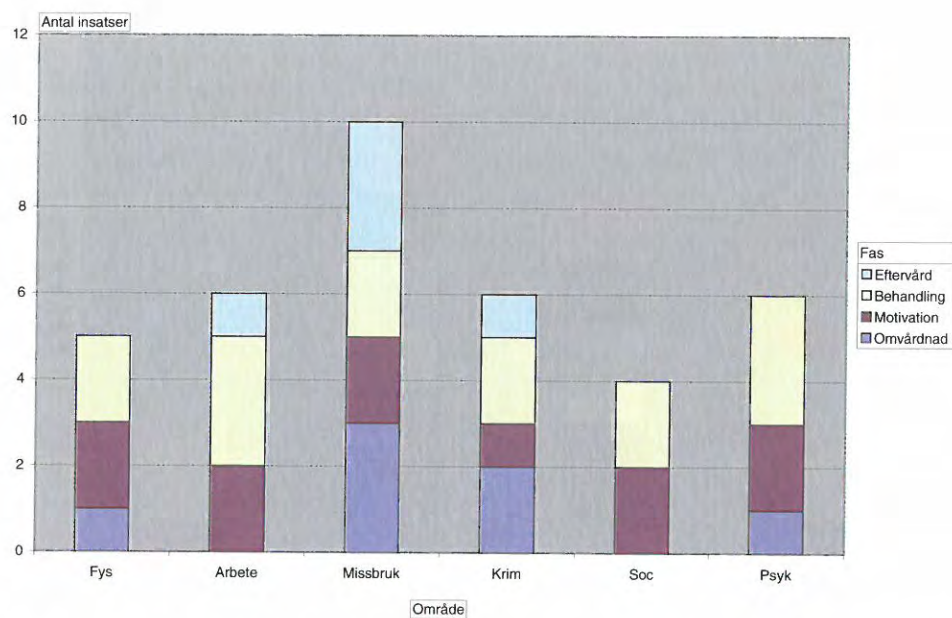
Genom att illustrera data från enhetsbeskrivningen i exempelvis tabeller går informationen enkelt att analysera och jämföra med data från andra beskrivna enheter. Nedan illustreras hur information kan beskrivas utifrån fyra tabeller baserade på en enhetsbeskrivning.

Genom att inventera en institutions insatser och kategorisera dessa i olika vårdfaser kan vi få en profil som beskriver institutionens vårdutbud. I figur 5, "Område och vårdfas" ser vi hur antalet insatser på exempelheten (37) fördelar sig mellan de olika livsområdena. Institutionen har flest insatser inom missbruk (10) medan de olika insatserna fördelar sig någorlunda jämnt mellan övriga områden (fys 5, arbete 6, krim 6 och psyk 6), dock med minst insatser avseende familj och sociala relationer (4). Genom att analysera tabellen noggrannare kan vi även se att eftervård främst avser missbruk och att behandling dominerar över motivationsarbete.

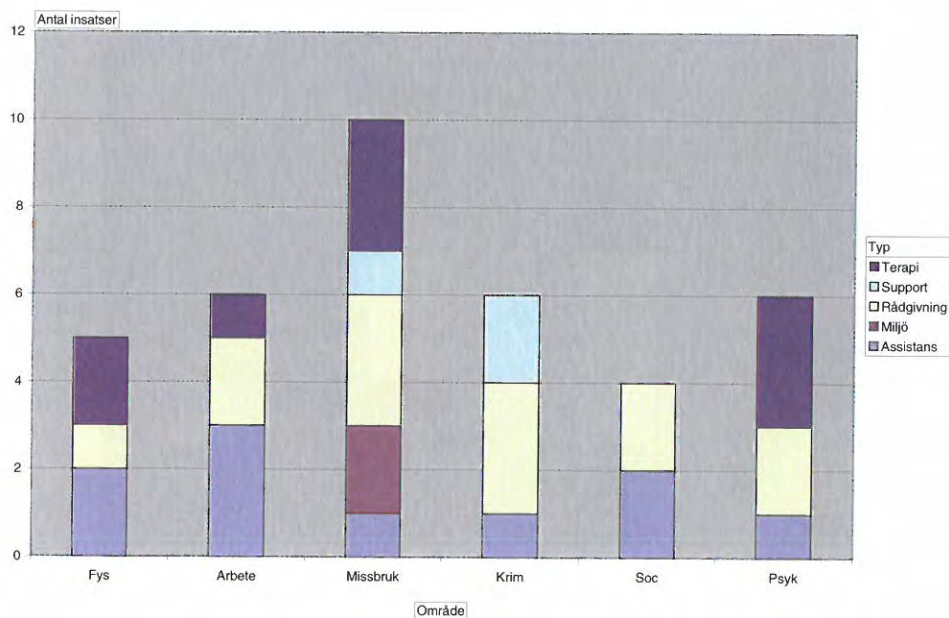
När vi byter ut dimensionen vårdfas mot insatstyp (figur 6) och ser hur insatstyperna fördelar sig mellan livsområdena, får vi en fördjupad information om vilken typ av resurser enheten har inom de olika livsområdena. Rådgivning är den vanligaste insatstypen (13) och är någorlunda jämnt fördelad mellan områdena (max 3 för missbruk och krim, min 1 för fys). Assistans är den näst vanligaste insatstypen (10) med flest insatser avseende arbete (3). Det finns 9 insatser av typen terapi varav de flesta finns inom missbruk (3) och psyk (3). De insatstyper som inte handlar om direkt vårdkontakt med klienten är inte så väl representerade med 2 miljöinsatser inom missbruk och praktisk support inom missbruk (1) och krim (2).

I figur 7 är de olika vårdfaserna uppdelade på livsområden. Denna uppdelning kan användas för att analysera hur olika livsområden adresseras i enhetens arbete under olika faser av vården. Omvårdnad handlar främst om missbruk (3) och kriminalitet (2) på exempelinstitutionen och eftervård främst om missbruk (3). I behandlingsfasen är insatserna jämnt fördelade mellan områdena och även motivationsarbetet är någorlunda jämnt fördelat.

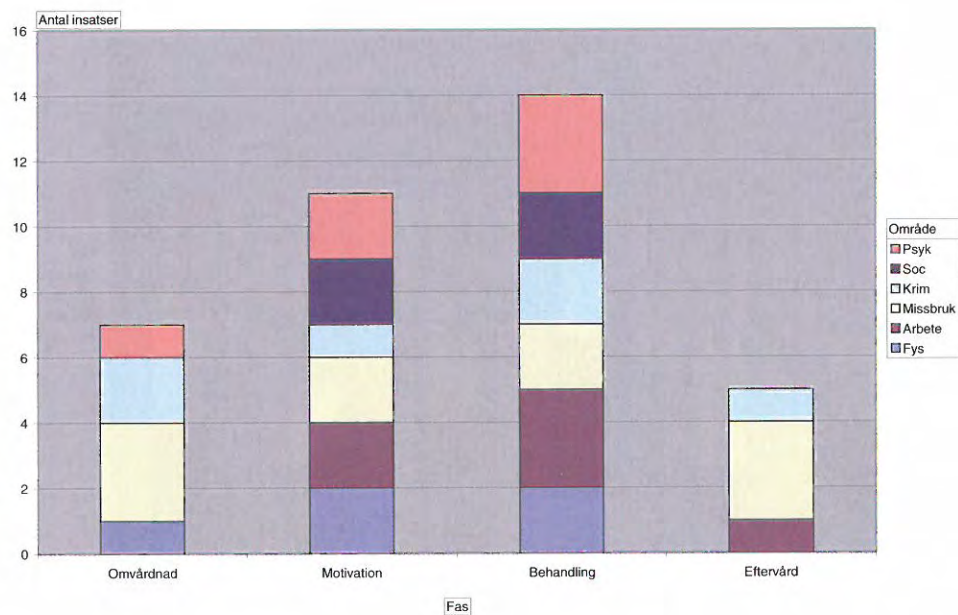
I den sista figuren (8) analyseras vårdfaserna utifrån insatstyp. Här framgår att motivationsarbetet främst består av rådgivning medan behandlingsarbetet fördelar sig jämnt mellan terapi, rådgivning och assistans (4, 4, 4). Omvårdnaden är förhållandevis kvalificerad med 3 insatser av terapityp medan eftervården främst består av assistans (3).



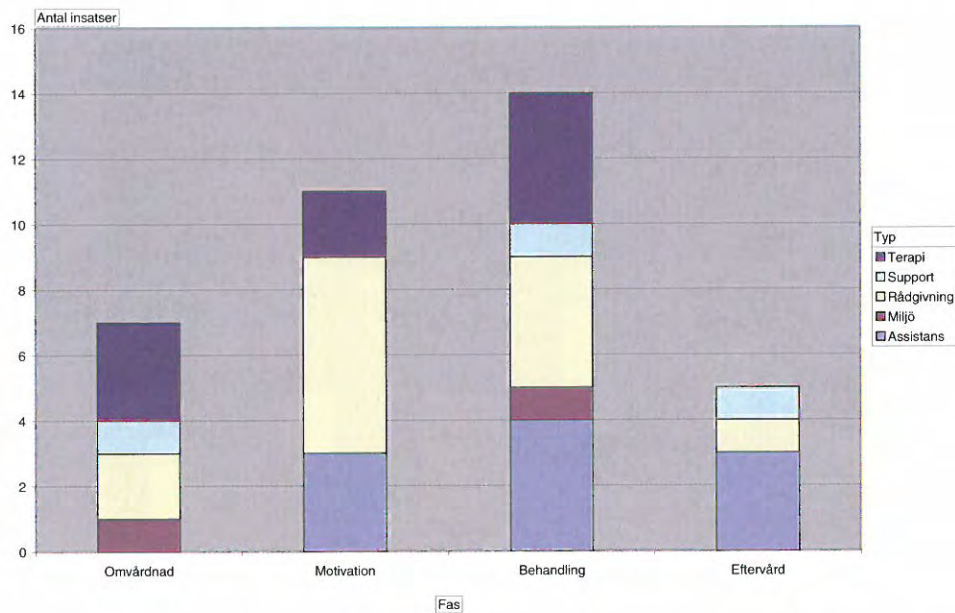
Figur 5. Område och vårdfas. Antalet insatser inom de olika livsområdena. Inom varje område är insatserna uppdelade mellan de olika vårdfaserna



Figur 6. Område och typ. Antalet insatser inom de olika livsområdena. Inom varje område är insatserna uppdelade mellan de olika insatstyperna



Figur 7. Antalet insatser inom de olika vårdfaserna. Inom varje vårdfas är insatserna uppdelade mellan de olika livsområdena



Figur 8. Antalet insatser inom de olika vårdfaserna. Inom varje vårdfas är insatserna uppdelade mellan de olika insatstyperna

Genom att analysera insatserna, antal och fördelning över dimensionerna, och jämföra detta med enhetens uppdrag och dess egen bild av fokus på verksamheten (figur 4), ges underlag för översyn, organisations- och behandlingsutveckling. En institutionsbeskrivning och en rapport, exempelvis enligt det format som har utvecklats i Holland, kan utgöra en grund för handledning. Genom att insatserna inte enbart finns insamlade med koder utan även med namn finns möjlighet att studera noggrannare vad enhetens resurser består av.

Eftersom samma insatslista utgör grunden för instrumenten på både enhets- och klientnivå, kan man få fördelar i klientarbetet, kvalitetssäkring och utvärdering:

- Genom att jämföra enhetsbeskrivningen med det följande årets utskrivningsformulär får man en validering av enhetsbeskrivningen.
- Genom att studera de insatser, som satts in under året kan enheten se över sitt utbud och anpassa det efter klienternas behov (jfr ASI och MAPS-in) och utifrån vad som i praktiken utnyttjas (MAPS-ut).
- Behandlingsplanen kan utvärderas genom att planerade insatser jämförs med utförda (MAPS-pro och MAPS-ut), samt att klienten får möjlighet att värdera nyttan av erhållna insatser (MAPS-ut).
- Omfattningen av olika insatser (MAPS-pro) kan jämföras med upplevd nytta och utfall (MAPS-ut och MAPS-upp), för att studera om insatsmängd påverkar resultatet av behandling.

Genom att insatslistan använder sig av institutionens egna benämningar av insatserna och att listan återkommer i flera av instrumenten, kan den bli ett naturligt redskap för personalen i planering och klientarbete. I skapandet av metodiken har vi även tagit hänsyn till att det skall vara enkelt för enheterna att själva ta fram statistiska underlag för planering och utvärdering. Genom att insatslistan är baserad på tre dimensioner (area/fas/insatstyp) och att förändring av insatser kan beskrivas över tid, kan en mängd olika beräkningar och analyser enkelt utföras exempelvis med hjälp av Pivot-tabeller i program som Lotus Improve, MS-Excel eller SPSS.

8 Måldiskussion – RAFF, Mål och Prioritet

Om det första mötet med klienten är en intervju, det andra ett samtal, så är det tredje mötet kanske främst att se som brainstorming (idéjakt). Vid detta möte som börjar med en återföring av möte 2, är den huvudsakliga uppgiften att undersöka vad det finns för möjligheter att på bästa sätt utnyttja behandlingstiden till något positivt för klienten. Här utreds de möjligheter som klienten har inom sig och i sin omgivning och vad dessa kan leda till. Intervjuaren försöker att få en bild av vilka förändringsfaser klienten kan tänkas gå igenom under vårdtiden och hur insatser inom olika områden skall prioriteras för att få ett så gott resultat av vårdtiden som möjligt. Detta möte ger den slutgiltiga pusselbiten i det som utgör underlaget för en strukturerad behandlingsplan enligt MAPS-modellen.

Syfte: Återföring av fördjupad utredning, diskutera möjligheterna till förändring under vårdtiden och göra prioriteringar mellan de olika livsområdena.

Tidsåtgång: Cirka 45 minuter.

Resultat: Ger ramarna för behandlingsplanen.

RAFF

RAFF är, som tidigare nämnts, ett utrymme för revideringar och kompletteringar av Feedbackformuläret. Syftet med RAFF är att se till att AFF är en heltäckande sammanfattning av utredningar inom de olika livsområdena. Delvis kommer informationen från kompletteringar och rättningar gjorda efter återföringen av ASI, och delvis en sammanfattande information av övrig utredning som kan ha genomförts. Korrigeringar och övrig utredning förs in under respektive livsområde och utgör en dokumentation av klientens hela livssituation. AFF/RAFF fungerar som en självständig, sammanfattande dokumentation för att personalen normalt sett inte skall behöva läsa originaldokumenten för att få en klar bild av klientens situation. I praktiken är RAFF ett öppet fält i AFF, där all information av betydelse för respektive område förs in.

Möte 3 kan börja med en återföring av Återföringssamtalet kompletterat med en sammanfattning av övrig utredning som förts in i RAFF. Genom att börja mötena med en sammanfattning av föregående session, ges möjlighet att kontrollera att man har uppfattat saker rätt. Detta ökar möjligheterna att få klienten med sig. Det syftar även till att ge klienten en känsla av kontinuitet och sammanhang. I återföringen är det viktigt att på ett naturligt sätt föra tillbaka till klienten i vilken förändringsfas man uppfattade att klienten var. Återföringen sker inte genom att man säger till klienten att "du är i fas 2" eller "du är i fundera/överväga". Intervjuaren skall snarare

?
ska vi göra
RAFF?

formulera vad fasen innebär, exempelvis "Jag uppfattar att du funderar på att ta upp kontakten med dina föräldrar men att du ännu inte har bestämt dig eller börjat fundera på hur det ska gå till". Klientens situation baserat på AFF och RAFF, samt klientens förändringsfas från CHANGE är den grund som måldiskussionen bygger på.

Mål

Mål avser att ge en idé om vilka FASER det kan vara rimligt att klienten går igenom under tiden vid enheten eller under den tid som kontakten avser. Mål ger, förutom ett mått att mäta måluppfyllelse mot, även en god metodik för att motivera klienten och en grund för strukturerad behandlingsplanering. Om ASI och CHANGE kan sägas ge golvet för behandlingsplanen så ger MÅL taket.

Mål sätts för varje livsområde på samma sätt som förändringsfas bestäms för de olika områdena med CHANGE. Mål sätts endast för de områden där man i CHANGE har kommit fram till att det finns ett förändringsbehov. Måldiskussionen skall inte bara ge ett värde på en så kallad MÅLFAS utan utgör en metod i sig att ta reda på klientens möjlighet till förändring och de erfarenheter, förutsättningar och begränsningar klienten har. I diskussionen, som ofta har karaktären av brainstorming och "tänk om", poängteras möjligheterna till förändring, utan att för den skull bortse från de begränsningar som finns. "Realistisk brainstorming" skulle kunna vara ett passande begrepp för metodiken. Ofta handlar det om att uppmuntra de försiktiga och bromsa de övermodiga. Vid måldiskussionen kan man med fördel använda sig av olika motivationella och lösningsfokuserade tekniker, även om det inte är nödvändigt. Mål kodas med numret för målfasen, d v s relevant förändringsfas. Mål är viktigt i MAPS, eftersom det ger ett "tak" för vidare planering av insatser. Även om målfasen i sig är viktig att fastställa, är det vägen dit som kan ha en gynnsam effekt för klienten och ge kanske främst dem som är i fundera/överväga en motivationell knuff vidare i förändringsprocessen.

Målet avser normalt den tid som klienten är vid en enhet. När det gäller kontakt över längre tid, som till exempel inom socialtjänsten, kan mål avse den tid som man anser lämpligt att planera för, d v s den tid som behandlingsplanen skall gälla för eller en bestämd tid, exempelvis ett år.

När målen sätts skall man ta hänsyn till:

1. Klientens problemtyngd och hjälpbehov
2. Klientens förmåga och färdigheter
3. Huvudsaklig problematik (vad som skall förändras)
4. Klientens förändringsfas vid inskrivning, mätt med CHANGE
5. De faser man arbetar med vid enheten (interventionsspektrum)
6. De insatser man har tillgång till inom respektive område och vårdfas
7. Den tid som behandlingsplanen avser, oftast vistelse- eller kontakttid

Det som gör MÅL i MAPS speciellt är det sätt på vilket målen beskrivs. Att beskriva mål utifrån förändringsfas är ett nytt sätt att se på mål för behandling och har flera fördelar. När jag har sett behandlingsplaner från olika typer av vård och behandling, syns det tydligt att det inte finns någon större samstämmighet för hur behandlingsmål beskrivs. Det gemensamma är att det för det mesta är en hopblandning av Mål (vad som skall uppnås) och Medel (vilka insatser som skall göra det möjligt att uppnå målen). När mål uttrycks som ett tillstånd för klienten är det ofta i formen att "klienten skall vara nykter och ha ett meningsfullt liv". Annars är det ofta insatserna som nämns som mål, till exempel "klienten skall gå till läkaren och ha bostad och sysselsättning ordnad vid utskrivning". Genom MAPS-metodiken blir det lättare att hålla isär Mål (förändringsfas) och Medel (insatser). Mål uttryckt i Fas utgör själva nyckeln för att kunna upprätta behandlingsplanen på så sätt att utrymmet mellan CHANGE och Mål bara behöver fyllas med insatser för att kunna upprätta en logisk behandlingsplan, som går att relatera till hela utredningsförfarandet och de resurser som finns till förfogande.

I korthet utförs MÅL som ett samtal kring vilka förändringsfaser det är realistiskt att klienten går igenom under vårdtiden, med hjälp av de resurser enheten har till sitt förfogande. Målet med intervjun är inte att till varje pris nå ett samförstånd om målen. Om klient och intervjuare inte är eniga, kodas klientens mål och en anteckning görs om hur enheten bedömer målet och varför. Detta kan till exempel ske när klienten är i fasen "omedveten/uppgiven" och inte har något mål, eller har en orealistisk inställning till situationen och inte tar hänsyn till genomförbarhet i praktiken.

Under diskussionens gång bör intervjuaren utnyttja tillfället att ta reda på vad klienten har för färdigheter och hur han ser på sin förmåga att hantera problematiken.

Måldiskussionen kan delvis kompensera för den problemfokusering som ASI har, och positiva aspekter avseende klientens situation kan noteras i formuläret. Utöver färdigheter och förmågor antecknas i formuläret övrig information av betydelse som kommer upp under diskussionen. Det kan vara hinder av praktisk natur, tidigare erfarenheter på gott och ont, samt konkretisering av vad de olika förändringsfaserna skulle kunna innebära för klienten. Här kan man även planera för olika delmål vilket kan göra behandlingen mer konkret för klienten.

Prioritet

Prioritet är den senaste utvecklingen av MAPS-in. Prioritet fyller i MAPS en liknande funktion som den Globala Skattningen i AFF gör för ASI, d v s binder ihop områdena och ger möjligheten till en sammanhållen bedömning.

I måldiskussionen är den sista delen om prioritet att se som en förhandlingssituation. I denna förhandling fastställer intervjuaren vilken prioritet de olika livsområdena skall ha i den slutgiltiga behandlingsplanen. I behandlingsplanen kommer livsområdena sedan att sorteras efter prioritet.

Prioritet indelas i fyra kategorier, som är relaterade till i vilken ordning insatserna bör komma och hur viktigt området är att ta tag i.

Akut

Med akut menas att insatser inom området måste sättas in omgående eftersom klientens situation annars kommer att avsevärt försämrats på ett sätt som det kommer att vara svårt att rätta till. I realiteten bör detta alternativ användas mycket sparsamt. Ett exempel till akut prioritering är om intagning på LVM har föranlett en familjekris där klientens partner vill bryta förhållandet, ta barnen och ge sig iväg. I detta läge kan det vara relevant att sätta in akuta insatser för att lösa familjekrisen så att klienten lättare kan ta tag i de missbruksproblem som har föranlett LVM:et. Akuta insatser avser normalt sett en kortare tid för att lösa akuta tillstånd. Efter att akutinsatser har satts in får övrig hjälp inom området föras över till en lägre prioritet.

Primär

Primär avser de områden som i första hand skall prioriteras under behandlingstiden. Här ingår normalt sett det område som enheten huvudsakligen arbetar inom. När det gäller LVM-vård är det oftast självklart att missbruket skall ges primär prioritet. Många gånger kan det vara lyckat att prioritera ett område som klienten själv är mycket intresserad av att arbeta med. Man kan här tala om motivationella hävstångseffekter och vilket framförallt gäller området fysisk hälsa där det många gånger kan föra med sig positiva effekter som smittar av sig på andra områden trots att problemen inom området inte är speciellt viktiga eller svåra att arbeta med.

För att prioriteringar inte skall vara meningslösa är det av vikt att maximalt hälften av områdena, gärna färre, får primär prioritet. Att tänka på vid sättandet av primär prioritet, är att problematiken och hjälpbehovet skall vara stort, det har stor vikt för klienten, det finns stora möjligheter att arbeta med problematiken på enheten och det skall helst leda till bättre resultat för helheten att prioritera de primära områdena.

Sekundär

Avser områden som i sig inte behöver vara oviktiga att arbeta med men som bedöms komma i andra hand eftersom de antingen är mindre problematiska eller lättare att ta tag i när man har kommit en bit med de primära områdena. En anledning till att ett område kan vara sekundärt är att det ligger utanför enhetens primära uppdrag eller att klienten själv inte vill ta tag i området trots att det skulle kunna ha positiv inverkan på klientens livssituation.

Prioriteringar ger ett pedagogiskt verktyg för att få "hypermotiverade" klienter att förstå att man inte kan göra allt på en gång, även om man

skulle vilja, utan att allt tar sin tid. Samma kommentar skulle även kunna gälla personal som lider av obotlig optimism (vilket är mycket positivt som livssyn men kanske inte alltid optimalt i behandlingsarbete). Många gånger kommer sekundärt bara att betyda att dessa områden adresseras när och om vi får tid efter att det viktigaste är avklarat.

Ej relevant Ej relevant avser att man inte planerar att arbeta med området under behandlingen och kan stå för två saker som bör kommenteras i formuläret. Antingen är området inte relevant därför att klienten inte har någon problematik inom området eller för att enheten inte tar sig an problematik inom området. Att ett område bedöms som inte relevant behöver inte betyda att klienten inte får göra något som berör området. Om till exempel klienten inte har några problem med fysisk hälsa och inte själv har någon speciell lust att förbättra fysiken kan givetvis klienten ändå vara med på fysiska aktiviteter. Men det innebär att fysisk hälsa inte berörs specifikt i den slutgiltiga behandlingsplanen.

I de fall enheten inte arbetar med problematik inom området är det självklart inte relevant att ta med det i behandlingsplanen, förutom i de fall speciella insatser fås utifrån. Många gånger är svarsalternativet ej relevant av denna orsak kopplat till problem som normalt sett borde vara kontraindicerande till intagning vid enheten. Om en enhet exempelvis inte tar emot klienter med en psykiatrisk problematik kan det vara rimligt att koda ej relevant inom detta område för en klient med smärre psykiska problem, som ändå blivit antagen.

På samma sätt som inom de övriga delarna, är det viktigt att dokumentera motiveringen till de prioriteringar som har gjorts. En god motivering till prioritet ger en grund för den slutgiltiga behandlingsplanen. Genom motiveringen binds områdena samman och helhetsperspektivet på klientens problematik lyfts fram. Där den globala skattningen är en hypotes om hur klientens hela problematik ser ut är prioritet en hypotes om hur de resurser som finns till förfogande kan användas på bästa sätt för att hjälpa klienten att gå vidare i sin förändringsprocess, det vill säga hushållning.

Att prioritet är kopplat till Måldiskussionen beror på att det här framkommer hur klienten ser på de möjligheter och hinder som finns för att under vårdtiden få en bättre situation inom de olika områdena. Utifrån detta, de resurser och den tid som finns till förfogande, och de uppdrag som finns, förhandlar intervjuare och klient om hur prioriteringar skall göras mellan områdena.

9 Behandlingsplanering

Inför behandlingsplaneringen är det lämpligt att summera CHANGE, mål och prioritet så att dessa, tillsammans med summeringen av ASI och övrig utredning i AFF och insatslistan, utgör ett underlag för behandlingsplaneringen. Syftet är att resultatet av utredningsprocessen kan presenteras på ett sätt som underlättar behandlingsplaneringen utifrån ”mål och medel”-strukturen i MAPS-plan och därigenom ger ett objektivet underlag, som möjliggör en konstruktiv dialog i behandlingsplaneringen.

Behandlingsplan

Syfte: Att utifrån klientens situation, enhetens program och resurser, samt prioriteringarna mellan områdena besluta om hur vårdtiden skall planeras. MAPS-plan ger en grundstruktur som kompletteras utifrån ställda krav och institutionens traditioner och behov.

Tidsåtgång: 1 till 2 timmar.

Resultat: En strukturerad och utvärderingsbar behandlingsplan.

Struktur

Strukturen för behandlingsplanen har vuxit fram parallellt med den senare utvecklingen av MAPS. Behandlingsplanerna kan skilja sig mellan olika verksamheter, som använder MAPS, men vissa komponenter är generella. Behandlingsplanen kan bestå av en inledande summering av klientens situation och detaljer som berör placeringen. Efter detta använder vi följande tabell, som är grunden i vår behandlings-

Alkohol	Prioritet	I=primär
Problematik: Omfattande långvarigt alkoholmissbruk.		Change: 1
Mål: I tid för utskrivning bör Kalle ha bestämt sig för att ta tag i sina alkoholproblem och börja planera för lämpliga vidare insatser. Under institutionstiden belyses alkoholens betydelse i klientens liv, hur en eventuell förändring av dryckesvanor kan gå till och hur det kan påverka klientens situation. Avhållsamhet gäller för behandlingstiden, men både fortsatt helnykterhet och kontrollerat drickande belyses utifrån för- och nackdelar. Tidigare erfarenheter och egna resurser för att förändra dryckesvanorna utreds. Utifrån detta skall beslut kunna tas om förändring och en planering för förändringsarbetet påbörjas.		Målfas: 3
Medel: Avgiftning, Medicinering med Campral, individuell motivationell rådgivning, Stopp och tänk grupp. Eftervårdsplanering.		Kod: 3a1a, 3a1b, 3b2, 3b4
Tidsplan: Planen berör de närmaste 4 månaderna. Avgiftningen är redan genomförd och klienten kommer att vara på låsbar avdelning under den närmaste månaden, där även medicinering och rådgivning påbörjas. Från och med vecka 4 beräknas Kalle kunna överflyttas till öppen avdelning där deltagande i Stopp och tänk-gruppen kan påbörjas. Eftervårdsplanering påbörjas under sista månaden inför utskrivning.		Ansvarig:

plansstruktur, kallad MAPS-BP. Områdena sorteras i prioritetsordning. Problematik, Change, Målfas och Prioritet förs in i formuläret från MAPS-in. I behandlingsplaneringen kompletteras detta med Mål, Medel och Tidsplan. Mål konkretiserar Målfasen och vad det innebär att komma dit i form av "uppgifter" för klienten och personalen. Medel beskriver de insatser som klienten planeras komma att ta del av och kod för insatser kan föras in från enhetens insatslista. Tidsplanen ger tidsramar för när i tiden olika insatser kan komma att sättas in.

Mål och medel

En av fördelarna med behandlingsplanering baserad på MAPS är att metoden ger möjlighet att skilja mellan mål och medel. Metoder för behandlingsplanering, baserade på ASI, kan framstå som mekaniska om de innebär att problem identifieras och målet i planen är enbart att klienten blir av med problemet, genom att gå till doktorn eller får pengar. Den insats som klienten får kommer att bli själva målet för insatsen. Målet i ovanstående är inte att ta hand om ryggproblem bättre, utan att gå till doktorn. Genom att göra medel till mål, berövas klienten eget ansvar för sin förändring. Klienten tillåts inte äga sitt problem, och istället för att premiera förändring, premieras följsamhet till personalen. Den strukturerade metodiken i behandlingsplaneringen kan synliggöra för klienten att personalen och insatserna bara utgör hjälpmedel, vilka klienten kan använda sig av för att förbättra sin situation. Hjälpen kan inte ersätta den personliga viljan och insatsen.

Prioritet

Här anges områdets prioritet från MAPS-in formuläret. I behandlingsplanen sorteras områdena sedan efter prioritet, så att de områden som har högst prioritet kommer först i texten.

Problematik

Problematiken är en kort sammanfattning av vad det är som skall förändras inom området. Informationen hämtas från CHANGE i MAPS-in. Klientens CHANGE-kod, det vill säga den förändringsfas klienten befinner sig i avseende problematiken, anges i den högra kolumnen.

Mål

Under mål anges i högerkolumnen den målfas som framkom under måldiskussionen i MAPS; I textrutan beskrivs konkret, vad det innebär för klienten att gå från aktuell förändringsfas (CHANGE) till planerad målfas (MÅL). Vilka uppgifter det är, och hur de löses, är helt individuellt. Hypotetiskt går förändringen snabbare, längre eller blir mer varaktig, om uppgifterna är väl genomarbetade och lösta. Utredningsarbetet med ASI/MAPS som bas leder fram till behandlingsplanen, vilken utgör en grund för att se klienten som en individ och tillsammans med klienten identifiera vilka uppgif-

ter det är viktigt att lösa för att kunna gå vidare i förändring, till det mål som upprättas inom behandlingsplanen. Behandlingsplanen kan sedan dokumentera uppgifterna (under Mål), samt den hjälp och de insatser klienten kan behöva för att klara av dessa uppgifter och uppnå de uppsatta målen.

Medel

Med medel avses de insatser som klienten planeras att ta del av för att få hjälp med att gå från aktuell förändringsfas (CHANGE) till planerad målfas (MÅL). Insatserna är de som finns antingen tillgängliga på institutionen, eller genom institutionens försorg. Dessa finns i enhetens insatslista. Insatslistan är, som tidigare nämnts, baserad på en enhetsbeskrivning med hjälp av MAPS-enhet. De i MAPS-enhet kartlagda, kategoriserade och namngivna insatserna utgör grunden till skapandet av en insatslista. Listan innehåller de på enheten tillgängliga resurserna och används även vid upprättandet av behandlingsplanen, vilken på detta vis blir utvärderingsbar. Under medel skrivs insatserna ut med namn, och de markeras i högerkolumnen med kod för utvärderingsändamål. Insatslistan utgör även grunden för utskrivningsformuläret MAPS-ut. Med hjälp av MAPS-ut kan behandlingsplanen vid utskrivningen utvärderas och kvalitetssäkras. För att få mer information om hur behandlingsplanen utförs i praktiken, när insatserna sätts in och hur mycket av insatserna klienten får tidsmässigt, kan processformuläret MAPS-pro användas. Även MAPS-pro är baserat på enhetens insatslista.

DOK-UT

Tidsplan

Rubriken tidsplan ger möjlighet att föra in en preliminär tidsplan för behandlingsplanen. Här kan den tid som behandlingsplanen omfattar ingå, det vill säga behandlingstiden eller tiden till att behandlingsplanen skall revideras. Här beskrivs när det kan vara realistiskt att sätta in de olika "medlen". I kolumnen till höger kan även den person eller personalkategori som är ansvarig för att vissa insatser utförs enligt planen anges vid behov.

Övrigt

Den ovan skisserade strukturen ger endast en del av den slutgiltiga behandlingsplanen. Vad vi får är en beskrivning av behov, mål och insatser. Utöver detta ställer både lagen, organisationer, uppdragsgivare med flera olika krav på vad som bör ingå i en behandlingsplan. Den här beskrivna strukturen skall endast betraktas som en kommunicerbar, jämförbar och utvärderingsbar kärna av strukturerad information som givetvis måste kompletteras utifrån varje vårdgivares förutsättningar.

10 Instrument – att tänka på

Övrig utredning och bedömning

ASI och CHANGE kan användas för att ge underlag för fortsatt och fördjupad utredning och bedömning. ASI ger ofta indikationer på problem som kan behöva utredas mer, och klienten kan i samband med återföringen och CHANGE visa intresse för att få mer information om sin situation. När MAPS införs på en institution, är det normalt sett bra att ta tillfället i akt och göra en översyn av det redan befintliga utredningsförfarandet.

Ofta används en mängd olika verktyg för utredning och bedömning vid en enhet. Instrumenten som används inlemmas ofta över en rad av år, genom kurser som personalen deltagit i, via konsulter och forskare som varit i kontakt med verksamheten eller enskilda medlemmar i personalen eller via nyanställd personal som varit vana att använda instrumenten på sina tidigare arbetsplatser. På äldre institutioner är detta troligen det normala sättet att införa instrument och metoder. Enbart när större omstruktureringar i verksamheten sker eller när ny huvudman tillkommer brukar större ändringar komma till stånd. Även om det ibland inte finns någon direkt tanke bakom hur instrumentariet som sådant ser ut upplever en institution och personalen de olika instrumenten som ett stöd i arbetet även om det tar tid. Att införa nya instrument betraktas oftast inte som negativt i sig, men oro över fler arbetsuppgifter som tar tid ifrån annat uppstår ofta. Även när både ledning och personal är intresserade av att delta i implementationsarbete finns givetvis även ett motstånd inför vad det eventuellt skulle kunna innebära konkret i arbetet. För att ge personalen möjlighet att använda de nya instrumenten är det nödvändigt att se över vad som redan görs. Om de nya instrumenten skulle innebära merarbete för de inblandade påverkas även arbetssituationen för övrig personal. Målsättningen med översynen är att minska merarbetet och om möjligt kanske även minska den totala arbetsbördan genom att ersätta redan använda instrument.

Nedan presenteras en idé om hur en generell struktur för en översyn av instrument i en befintlig verksamhet skulle kunna se ut inom SiS.

1 Vilka instrument används?

Det första steget är att göra en förteckning av de olika instrument som används. Vilka var obligatoriska och vilka instrument användes utöver detta? DOK och KIA utgör grunddokumentation inom SiS. Utöver detta är institutionerna mer eller mindre fria att själva välja vilka instrument och vilket utredningsförfarande de vill använda.

2 Hur fördelar de sig mellan livsområdena (AREA)?

Olika "frivilliga" instrument sorteras utifrån livsområdena, Fysisk hälsa/ohälsa, Samsättning, Utbildning och försörjning, Familj och sociala relationer, Brottslighet, Psykisk hälsa/ohälsa och Missbruk. Genom denna uppdelning är det möjligt att få ett grepp över vilken utredning och bedömning som görs inom de olika områdena.

3 Vad mäter instrumenten?

Vissa instrument mäter bara en dimension som till exempel Becks, som mäter depression. Andra mäter inte bara en dimension inom ett område utan inom flera områden. Ett exempel är SCID som är baserat på DSM-systemet och som mäter både psykiatrisk problematik, missbruk av droger och alkohol och global funktionsnivå. Vad instrumenten mäter har en avgörande betydelse när vi ser över vilka instrument som skall användas. Den informationen måste sedan vägas mot institutionens uppdrag och behov för de utredningar och den behandling som skall utföras.

4 Vilket fokus/djup har de?

Det handlar inte bara om vad instrumenten mäter utan även om vilken typ av information man får och hur den kan användas. Här kan vi dela upp instrumenten utifrån vilket fokus eller djup de har.

- Screening – Ger underlag för vidare bedömning
- Utredning och bedömning – Ger mer ingående information användbar för till exempel utredningar och behandlingsplanering
- Diagnostisering – Ger tillräcklig information för att kunna fastställa diagnostiska kriterier.

Instrumentens fokus och djup är en del av underlaget för att avgöra kriterier för dess användning. Till exempel kan screeninginstrument användas för att avgöra om ett diagnostiskt instrument behövs.

5 Vilka kriterier för användning finns det?

- När i tiden används de olika instrumenten
- I vilka situationer används instrumenten
- Används de för alla klienter eller bara för vissa
- Om det bara används för vissa, på vilka grunder bestäms vilka klienter som är aktuella

Tyvärr är det ofta så, att det avgörande kriteriet för att ett instrument kommer klienten till del är att klientens kontaktperson råkar använda instrumentet. Klienterna får olika möjligheter beroende på vem som är deras kontaktperson.

6 Hur hänger instrumenten ihop med varandra?

Hur hänger olika instrument ihop? Kompletterar de eller överlappar de varandra? Personalen får i uppdrag att göra en översyn över hur de olika instrumenten som används hänger ihop med varandra avseende område, innehåll, djup och komplexitet, omfattning och målgrupp vid användandet.

7 Vilka krav finns det för användandet av instrumenten?

Vid en översyn är det även av intresse att ta reda på vilka krav som finns för utnyttjandet av olika instrument och metoder. Krävs utbildning och ackreditering? Finns det krav på tidigare utbildning eller kompetens, exempelvis psykiatrisk eller medicinsk? Måste man göra ett visst antal intervjuer per år för att upprätthålla kompetensen? Är instrumenten kostnadsfria eller är det avgifter förknippade med användandet? Finns det krav på, eller möjlighet till att man lämnar ifrån sig data för forskning eller byggandet av referensdatabaser? All denna information är av vikt när man värderar olika instrument mot varandra.

Utifrån översynen kan man komma fram till att vissa metoder kan ersättas av andra. För att få en överblick över vilka instrument och utredningsmetoder som finns kan man exempelvis läsa BIB (Sandahl m fl, 1998) där olika svenska och till svenska översatta instrument finns beskrivna. När ett nytt instrumentarium där instrumenten väljs utifrån behov och förutsättningar tas slutligen kriterier fram för när och hur de olika instrumenten skall användas. Översynen av instrumenten leder ofta inte bara till att institutionens instrumentarium uppdateras. Personalen får även en överblick och en möjlighet att enklare välja vilken typ av vidare utredning som varje individuell klient har behov av. För klienterna leder en översyn till att de utredningar de genomgår blir mindre beroende av vem som är kontaktperson och istället mer baserade på hans eller hennes behov.

Till slut

Strukturerade behandlingsplaner, baserade på MAPS, utprovas för närvarande i olika sammanhang och i olika länder. Även om planerna är jämförbara, ser de inte alltid på ytan lika ut. Ibland kan det röra sig om verkställighetsplanering, som är fallet inom svensk kriminalvård och i andra fall om vårdplaner baserade på AFF, som exempelvis i grannskapsarbete i Holland, eller där denna rapport tar sin början, dvs på Rällsögården i Sverige. Gemensamt är en generell metodik för strukturerad behandlingsplanering.

Utvecklingen av MAPS fortsätter. Denna skrift avser att summera situationen som den var 2003. När denna skrift nu närmar sig tryck har författandet av densamma bidragit till att MAPS har förfinats. Vi som arbetar med MAPS hoppas att metoden inte slutar att utvecklas. Dock har tiden kommit att dra ner på utvecklingstakten och vetenskaplig utprovning av metoden kommer i fokus. Från och med hösten 2004 beräknas mindre uppdatering och justeringar av MAPS att ske med 2 års mellanrum.

Fokus för arbetet med MAPS kommer med detta att skifta från utveckling av instrumenten till vetenskaplig dokumentation och prövning av densamma. Förhoppningsvis kommer ett antal vetenskapliga arbeten bserade på MAPS och data från MAPS att publiceras inom de närmaste åren, både inom och utom Sverige.

Referenser

- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J. Subst. Abuse Treat.*, 9, 199–213.
- Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995) EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208–210.
- Friedman, A., Terras, A., Oberg, D. & Haack, M-J. (2002) *The European version of the Adolescent Assessment Dialogue: The Manual*, EuroADAD group, Maastricht, Holland.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am. Psychologist* 47, 1102–1114.
- Sandahl, C., Birgersson, E., Armelius, B-Å., Fridell, M. & Segraeus, V. (1998) *BIB 1998. Bedömningsinstrument inom behandling och forskning*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS.



e-mail:
info@project-maps.com

1

MAPS-IN

A ADMINISTRATIV INFO



MAPS-in

A Namn _____

B ID-kod (Personnummer) _____

C Ifyllnadsdatum (AAAAMMDD) _____

D Landskod

7 5 2

E Enhetskod _____

F Intervjuarkod _____

INSTRUKTIONER

- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:
X=Kan ej svara/Vill ej svara
N=Frågan inte tillämpbar/Ej relevant
- Utrymme finns för kommentärer efter varje frågeområde.

MAPS-in version 3,0^o Öberg & Sallmen, 2003-02-05.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförväntat skick.

BioMAPS/MAPS/ utarbetades av Öberg, D., Sallmen, B., Gerdner, A., Jansson, I. & Segraeus, V. på initiativ av BIOMEDI/ITPR* och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SiS). *Commission of the European DG XII; Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT96-0688.

MÅL

N							
5							
4							
3							
2							
1							
	Fysisk hälsa	Arbete/försörjning	Alkohol	Narkotika	Kriminalitet	Familj/umgänge	Psykisk hälsa
N							
5							
4							
3							
2							
1							
CHANGE							

Mi1 Dattainsamlingsmetod
(CHANGE och MÅL)

1=Klientintervju
2=Övrigt

Mi2 Födelseår (AAAA)

Mi3 Kön 1=Man 2=Kvinna

Mi4a Födelseland (LLL)

Mi4b Nationalitet (LLL)

Mi5 Inskrivningsdatum

Å Å Å Å M M D D

Mi6 Huvudsaklig initiativtagare till kontakt

1=Klient - eget initiativ 7=Domstol
2=Familj/vänner 8=Kriminalvård
3=Missbrukarvård 9=Polis
4=Husläkare 10=Psykatri
5=Sjukhus/övrig medicinsk 11=Arbetsgivare
6=Socialtjänst 12=Övrigt

Mi7 Är detta en inskrivning till tvångsvård

0=Nej, ej tvångsvård 3=Ja, Missbrukarvård - LVM
1=Ja, Kriminalvård 4=Ja, Ungdomsvård - LVU
2=Ja, Psykiatrisk vård - LPT 5=Ja, övrigt

Mi8 Huvudsaklig finansiering av vårdtillfället

1=Klientavgift (av klienten) 4=Valgörenhet/privata medel
2=Klientens arbetsgivare 5=Offentliga medel (socialtjänst etc.)
3=Försäkring 6=Övrigt

Mi9 Kom klienten från annan enhet och avsåg
vistelsen där i huvudsak någon av följande
vårdfaser (Om fler alternativ än ett, ange alternativet
med den högsta koden)

0=Nej, ej från annan enhet 3=Vård
1=Omvårdnad 4=Eftervård
2=Motivation 5=Övrigt

Mi10 Antal tidigare inskrivningar vid enheten

0=Ingen tidigare inskrivning

Mi11 Vårdform vid inskrivning

1=Dygnsvård 4=Lågtröskel
2=Dagvård 5=Självhjälp/ickeprofessionell
3=Öppenvård/konsultation 6=Övrigt

Mi12 Vårdfas vid inskrivning

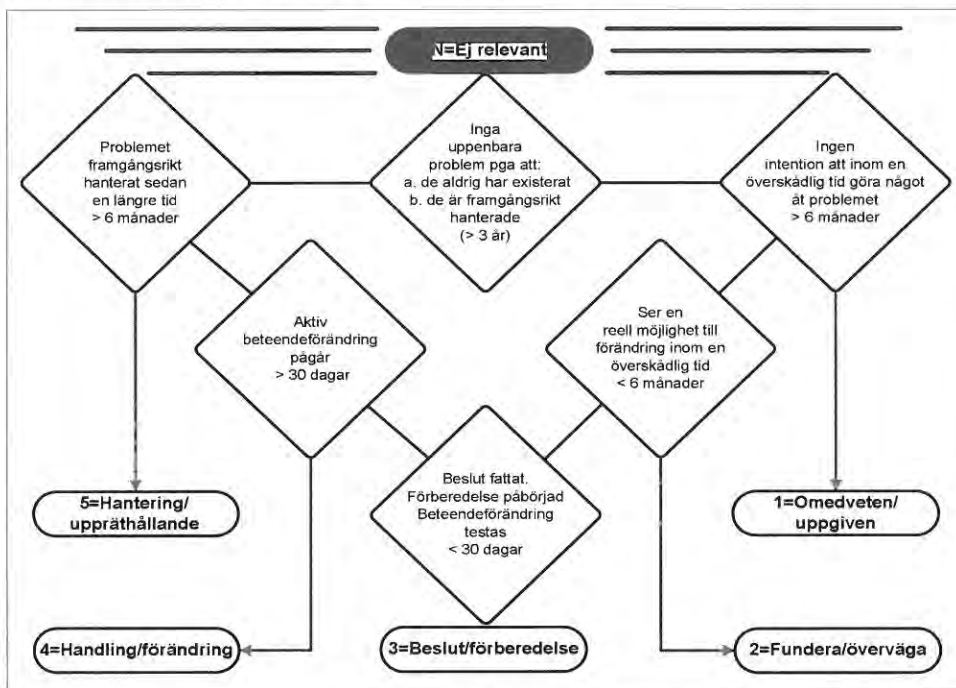
1=Omvårdnad 4=Eftervård
2=Motivation 5=Övrigt
3=Vård

Mi13 Kommentarer

EMCDDA fråga

Mi14 Enhetstyp vid intagning

1=Öppenvård 4=Husläkare
2=Dygnsvård 5=Missbruksbehandling i fängelse
3=Lågtröskelverksamhet/drop-in/fältarbete eller uppsökande verksamhet



Ch1 Datum (AAAA-MM-DD)

Ch2 Enhetskod

Ch3 Intervjuarkod

Ch4 Namn

Ch5 Klientkod

Area	1 Fysisk	2 Arb/Utb	3 Alkohol	4 Narkotika	5 Krim	6 Fam/Soc	7 Psykisk
Ch6 ASI intervjuarskattning							
Ch7 CHANGE-kod							
Ch8 Målkod, klient							
Ch9 Prioritet							

Koder för prioritet

0=Akut, 1=Primär, 2=Sekundär, N=Ej Relevant

Ch10 Motivering till prioritet

MAPS		e-mail: info@project-maps.com	3	MAPS-IN	CHANGE	
Ch12 Fysisk hälsa						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch13 Arbete, utbildning och försörjning						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch14 Alkohol						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch15 Narkotika						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch16 Kriminalitet						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch17 Familj och umgänge						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						
Ch18 Psykisk hälsa						
a Vad skall huvudsakligen förändras _____						
b Beskrivning av specifika mål, möjligheter, hinder etc.						

MAPS-ut

A Namn

B Klientkod (Personnummer)

C Ifyllnadsdatum (AAAAMMDD)

D Landskod

F Enhetskod

G Intervjuarkod

INSTRUKTIONER

Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:

X=Frågan obesvarad

N=Frågan inte tillämplbar

Utrymme finns för kommentarer efter varje frågeområde.

v 4.0, ©25-09-2003. Öberg, D. och Sallmen, B.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförvanskat skick.

MAPS har utarbetats på initiativ av BIOMEDI/PIPTRP* och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SiS). *Commission of the European DG XII; Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT95-O688.

Administrativa uppgifter, ifylles av personal

MO1 Datainsamlingsmetod

(BAS-klient, INSATSER och CHANGE utskrivning)

1=Klientintervju

2=Journaler/personal

3=Övrigt

MO2 Utskrivningsdatum

MO3 Form av utskrivning

1=Vården fullföljd (enligt plan)

2=Vården avbruten av klienten

3=Vården avbruten på institutionens begäran (disciplinära skäl)

4=Vården avbruten på finansärens begäran (se M18)

5=Vården avbruten på grund av vidaremittering/förtlytning

6=Övrigt skäl till avbruten vård (dödsfall etc.)

MO4a Om klienten är avliden, ange dödsorsak

1=Alkohol- eller drogrelaterad

4=Olyckshändelse

2=Självmod (misstänkt självmord)

5=Övrigt

3=Väldsam död, brott

6=Okänt

MO4b Diagnos

MO5 Boendesituation efter utskrivning

1=Eget boende (äggande/egent kontrakt)

2=Eget boende, andrahandskontrakt

3=Boende med familj/närstående

4=Inneboende

5=Härbärge, hotell

6=Vårdmättnings/behandlingshem

7=Bostadslöshet

8=Övrigt

Administrativa uppgifter, ifylles av personal

MO6 Ange den totala tiden vid enheten

Antal dagar

a Närvarande

b Planerad frånvaro

c Oplanerad frånvaro

d Total tid vid enheten (MO6 a+b+c)

MO7 1 Vilka vårdfaser har klienten genomgått

2 Ange de olika fasernas längd

Markera Ja eller Nej och ange uppskattat antal dagar för varje genomgången vårdfas. Summan av de olika fasernas längd ska stämma överens med "Närvarande" (MO6a)

1 2

0=Nej Antal

1=Ja dagar

a Omvårdnad

b Motivation

c Behandling

d Eftervård

Administrativa uppgifter, ifylles av personal

MO8 Huvudsaklig enhetstyp vid utskrivning

1=Omvårdnad

4=Eftervård

2=Motivation

5=Övrigt

3=Behandling

MO9 Om klienten skrivs ut till annan enhet, arbetar denna enhet med någon av följande vårdfaser. (Om fler alternativ än ett, ange alternativet med lägst nummer)

0=Nej, ej till annan enhet

3=Behandling

1=Omvårdnad

4=Eftervård

2=Motivation

5=Övrigt

MO10 Vårdform vid utskrivning

1=Dygnsvård

4=Lågtröskel

2=Dagvård

5=Självhjälp/ickeprofessionell

3=Öppenvård/konsultation

6=Övrigt

MO11 Kommentarer:

70

MO12 Insatser

1 Vilka av följande insatser har du tagit del av under tiden vid enheten? Räkna både insatser utförda här vid enheten och externa insatser förmedlade via enheten.

0=Nej
1=Ja, vid enheten
2=Ja, via förmedling av enheten

2 Skatta hur dessa insatser har påverkat din förmåga att hantera problem.

0=Ingen påverkan
1=Mycket negativt
2=Negativt
3=Negativt och positivt
4=Positivt
5=Mycket positivt

Kommentarer

1 Fysisk hälsa/ohälsa

1a1 Neurologisk undersökning

1a2a Läkareundersökning

1a2b Besök hos sjuksyster

1a5 Medicinering

1b2 Sex och samlevnad

1b3 Idrott, motivationsarbete

1c2 Sjukgymnastik

1c3a Idrott, behandlingsarbete

1c3b Massage

Övrigt

1 2

Exempel insatser

2 Sysselsättning och försörjning

2a3 Arbete i jordbruket

2b2 Studievägledning

2b3a Studiebesök

2b3b Sommarjobb

2c2 Individuellt program

2c3a Vardagsträning

2c3b Skuldsanering

2c3c Arbetsplatsförlagd utbildning

Övrigt

1 2

3 Missbruk

3a2a Urinprovsanalys

3a2b Avgiftning

3a4 Rumsvisitation

3b2a Droginformation

3b2b Kontaktmannasamtal om droger

3b3 Drogfritt förhållningssätt

3b5 Antirökpeng

3c2 Drogprogram

Övrigt

1 2

MO16 Insatser

1 Vilka av följande insatser har du tagit del av under tiden vid enheten? Räkna både insatser utförda här vid enheten och externa insatser förmedlade via enheten.

0=Nej
 1=Ja, vid enheten
 2=Ja, via förmedling av enheten

2 Skatta hur dessa insatser har påverkat din förmåga att hantera problem.

0=Ingen påverkan
 1=Mycket negativt
 2=Negativt
 3=Negativt och positivt
 4=Positivt
 5=Mycket positivt

Kommentarer

4 Kriminalitet

- 4a3 Advokat-/domstolsresor
 4a4 Inläsning
 4b2 Kontaktnannasamtal om brott
 4c3 Krimprogram
 Övrigt

1 2

Exempel insatser

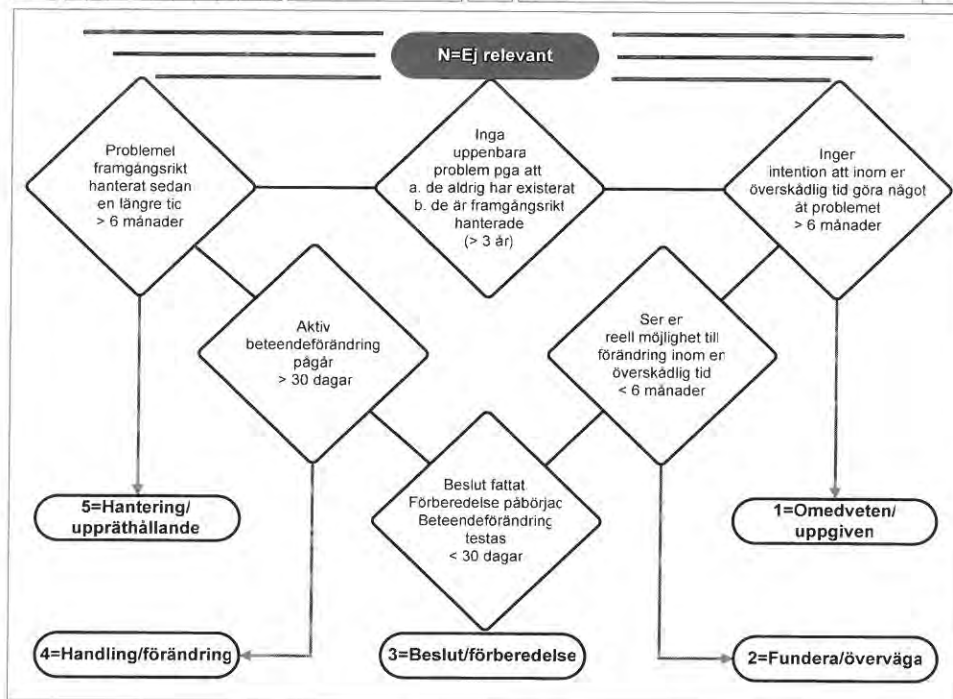
- 5 Familj och umgänge
- 5a4 Föräldrainformation
- 5b2 Pappa/son läger
- 5b3a Föräldrasamtal
- 5b3b Fritidsaktiviteter
- 5c1 Familjeterapi
- 5c2a Behandlingskonferens
- 5c2b Familjesamtal
- 5c3 Utflykter/social träning
- 5d3 Social återanpassning
- Övrigt

1 2

6 Psyisk hälsa/ohälsa

- 6a1 Psykiatrisk akuthjälp
- 6a3 Omhändertagande samtal
- 6a5 Psykofarmaka
- 6b1 Psykologsamtal/"Psyk Kalle"
- 6c1 Kris och trauma
- 6c3 Massage och avslappning
- Övrigt

1 2

[illegible]



Klientintervju

MO12 Social situation vid utskrivning: 0=Nej 1=Ja

- a Har du regelbunden strukturerad sysselsättning (minst 3 timmar/dag) ☐
- b Har du en stabil partnerrelation (sedan mer än 6 månader) ☐
- c Har du ett socialt stabilt nätverk (sedan mer än 6 månader) ☐
- d Har du ömsesidig kontakt med din familj (minst 1 ggr/månad) ☐

MO13 Har du övervakning eller motsvarande från: 0=Nej 1=Ja

- a Psykiatri ☐
- b Sociala myndigheter ☐
- c Rättsväsendet/kriminalvården ☐
- e Övrigt, ange typ ☐

Klientintervju

MO14 Är du vidareremitterad till insatser för problem med ...:

0=Nej 1=Ja

Kolumn 1 Dygns-/heltidsvård

Kolumn 2 Övriga professionella insatser

Kolumn 3 Ickeprofessionellt stöd/hjälp

- a Fysisk hälsa/ohälsa ☐ ☐ ☐
- b Sysselsättning och försörjning ☐ ☐ ☐
- c Missbruk ☐ ☐ ☐
- d Kriminalitet ☐ ☐ ☐
- e Familj och umgänge ☐ ☐ ☐
- f Psykisk hälsa/ohälsa ☐ ☐ ☐

1 2 3

Kommentarer

MAPS-upp

A Namn _____

B Klientkod (Personnummer) _____

C Ifyllnadsdatum (DDMMÅÅÅÅ) _____

D Landskod 7,5,2

F Enhetskod _____

G Intervjuarkod _____

INSTRUKTIONER

- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:
X=Frågan obesvarad
N=Frågan inte tillämplig
- Utrymme finns för kommentarer efter varje frågeområde.

MAPS-in version 3.0, ©2003-02-05, Öberg, D. & Sallmen, B.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförvanskat skick.

MAPS utarbetades av Öberg, D., Sallmen, B., Gerdner, A., Jansson, J. & Segraeus, V. på initiativ av BIOMEDI/ITPRP* och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SIS), *Commission of the European DG XII; Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT96-0688.

Administrativa uppgifter, ifylles av personal

MU1 Datainsamlingsmetod ☐
 (Bas klient, resultat och CHANGE)
 1=Klientintervju
 2=Journaler/personal
 3=Övrigt _____

MU2 Om klienten ej är tillgänglig för uppföljning, ange orsak ☐
 1=Avliden
 2=Vägrar
 3=Onåbar
 4=Övrigt _____

MU3 Om avliden, ange datum ☐

 D D M M Å Å Å Å

MU4a Om klienten är avliden, ange dödsorsak ☐
 1=Alkohol- eller drogrelaterad
 2=Självmod (misstänkt självmord)
 3=Våldsam död, brott
 4=Olyckshändelse
 5=Övrigt
 6=Okänt

MU4b Diagnos _____

MU5 Kommentarer: _____

Klientintervju

MU6 Vilket var ditt huvudsakliga boende under de senaste 6 månaderna ☐
 1=Eget boende (ägaende/eget kontrakt)
 2=Eget boende, andrahandskontrakt
 3=Boende med familj/närstående
 4=Inneboende
 5=Härbärge, hotell
 6=Vårdinrättning/behandlingshem
 7=Bostadslöshet
 8=Övrigt _____

MU7 Aktuell social situation: 0=Nej 1=Ja

a Har du regelbunden strukturerad sysselsättning (minst 3 timmar/dag) ☐

b Har du en stabil partnerrelation (sedan mer än 6 månader) ☐

c Har du ett socialt stabilt nätverk (sedan mer än 6 månader) ☐

d Har du ömsesidig kontakt med din familj (minst 1 ggr/månad) ☐

Klientintervju

MU8 Har du övervakning eller motsvarande från: ☐
 0=Nej 1=Ja

a Psykiatri ☐

b Sociala myndigheter ☐

c Rättsväsendet/kriminalvården ☐

e Övrigt, ange typ _____ ☐

MU9 Om du har varit i sluten miljö sedan utskrivning, ange antal dagar ☐

MU10 Kommentarer: _____



MU11 Fysisk hälsa

Skattningsskala för frågorna d, g, j och m

0=Ingen påverkan

3=Negativt och positivt

1=Mycket negativt

4=Positivt

2=Negativt

5=Mycket positivt

a Har du haft fysiska hälsoproblem sedan utskrivningen 0=Nej 1=Ja ☐

b Om ja, ange datum för första problem D D M M A A A A

c Om ja, ange datum för senaste problem D D M M A A A A

d Hur har dina problem förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället ☐

e Har du sedan utskrivning fått dygns-/heltidsinsatser för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

f Om ja, ange antal dagar:

g Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

h Har du sedan utskrivning fått några andra insatser av professionell natur för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

i Om ja, ange antal tillfällen:

j Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

k Har du sedan utskrivning tagit del av stöd och hjälp av icke professionell natur dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

l Om ja, ange antal tillfällen:

m Hur har detta stöd påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

n Kommentarer:

MU12 Arbete och försörjning

Skattningsskala för frågorna d, g, j och m

0=Ingen påverkan

3=Negativt och positivt

1=Mycket negativt

4=Positivt

2=Negativt

5=Mycket positivt

a Har du haft problem med arbete/försörjning sedan utskrivningen 0=Nej 1=Ja ☐

b Om ja, ange datum för första problem D D M M A A A A

c Om ja, ange datum för senaste problem D D M M A A A A

d Hur har dina problem förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället ☐

e Har du sedan utskrivning fått dygns-/heltidsinsatser för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

f Om ja, ange antal dagar:

g Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

h Har du sedan utskrivning fått några andra insatser av professionell natur för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

i Om ja, ange antal tillfällen:

j Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

k Har du sedan utskrivning tagit del av stöd och hjälp av icke professionell natur dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

l Om ja, ange antal tillfällen:

m Hur har detta stöd påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

n Kommentarer:



MU13 Alkohol-användning

Skattningsskala för frågorna d, g, j och m

0=Ingen påverkan
1=Mycket negativt
2=Negativt
3=Negativt och positivt
4=Positivt
5=Mycket positivt

a Har du haft problem med alkohol sedan utskrivningen 0=Nej 1=Ja ☐

b Om ja, ange datum för första problem D D M M A A A A

c Om ja, ange datum för senaste problem D D M M A A A A

d Hur har dina problem förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället ☐

e Har du sedan utskrivning fått dygns-/heltidsinsatser för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

f Om ja, ange antal dagar:

g Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

h Har du sedan utskrivning fått några andra insatser av professionell natur för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

i Om ja, ange antal tillfällen:

j Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

k Har du sedan utskrivning tagit del av stöd och hjälp av icke professionell natur dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

l Om ja, ange antal tillfällen:

m Hur har detta stöd påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

n Kommentarer:

MU14 Narkotikaanvändning

Skattningsskala för frågorna d, g, j och m

0=Ingen påverkan
1=Mycket negativt
2=Negativt
3=Negativt och positivt
4=Positivt
5=Mycket positivt

a Har du haft problem med narkotika sedan utskrivningen 0=Nej 1=Ja ☐

b Om ja, ange datum för första problem D D M M A A A A

c Om ja, ange datum för senaste problem D D M M A A A A

d Hur har dina problem förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället ☐

e Har du sedan utskrivning fått dygns-/heltidsinsatser för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

f Om ja, ange antal dagar:

g Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

h Har du sedan utskrivning fått några andra insatser av professionell natur för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

i Om ja, ange antal tillfällen:

j Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

k Har du sedan utskrivning tagit del av stöd och hjälp av icke professionell natur dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

l Om ja, ange antal tillfällen:

m Hur har detta stöd påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

n Kommentarer:



MU17 Psykisk hälsa

Skattningsskala för frågorna d, g, j och m

0=Ingen påverkan
1=Mycket negativt
2=Negativt
3=Negativt och positivt
4=Positivt
5=Mycket positivt

a Har du haft psykiska hälsoproblem sedan utskrivningen 0=Nej 1=Ja ☐

b Om ja, ange datum för första problem
D D M M Å Å A A

c Om ja, ange datum för senaste problem
D D M M Å Å A A

d Hur har dina problem förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället ☐

e Har du sedan utskrivning fått dygns-/ heltidsinsatser för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

f Om ja, ange antal dagar:

g Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

h Har du sedan utskrivning fått några andra insatser av professionell natur för dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

i Om ja, ange antal tillfällen:

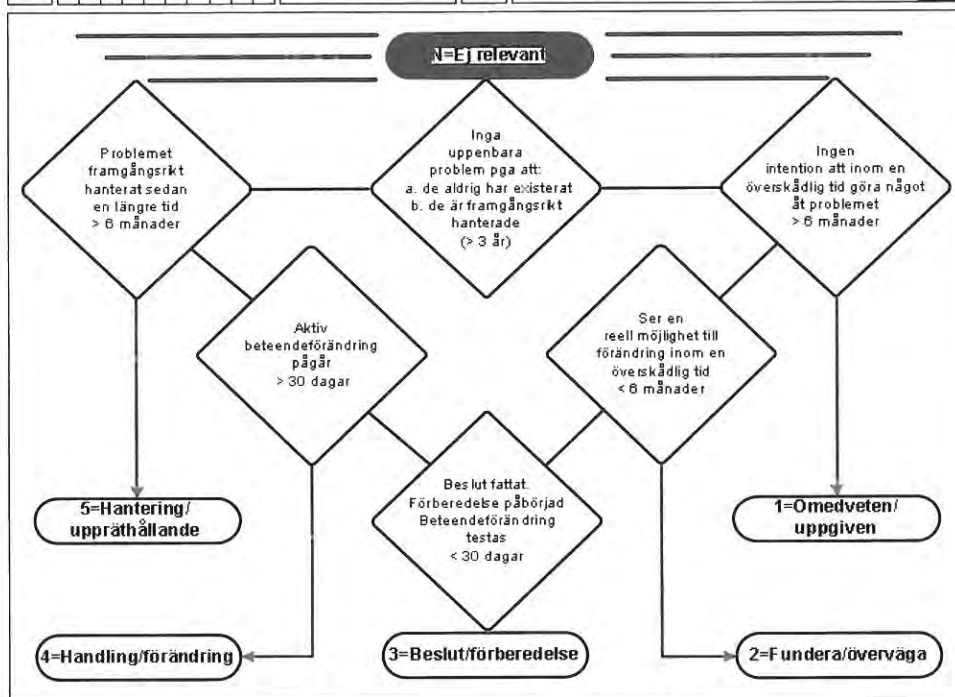
j Hur har dessa insatser påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

k Har du sedan utskrivning tagit del av stöd och hjälp av icke professionell natur dessa problem 0=Nej 1=Ja ☐

l Om ja, ange antal tillfällen:

m Hur har detta stöd påverkat din förmåga att under uppföljningsperioden hantera dessa problem ☐

n Kommentarer:

[illegible]

MAPS-enhet

A Landskod Sverige

7,52

B Enhetens namn

C Enhetskod

D Ifyllnadsdatum (DDMMÅÅÅÅ)

E Intervjupersoner

F Funktion på enheten

G Intervjuarkod

INSTRUKTIONER

- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:
X=Frågan obesvarad
N=Frågan inte tillämplig
- Utrymme finns för kommentarer efter varje frågeområde.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförvanskad skick.

MAPS version 3.0[®], Öberg & Sallmen, 11-19-2002

Ursprungliga bioMAPS och MAPS utvecklades av Öberg, D., Gerdner, A., Sallmen, B., Jansson, I. & Segraeus, V. på initiativ av BIO-MEDII/PTRP* och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SIS).
*Commission of the European DG XII: Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT96-0688.

M1a Enhet

1=Separat enhet

2=Underavdelning inom enhet

M2 Huvudsaklig vårdform

1=Samhällsservice

2=Kriminalvård

3=Utbildning/arbete

4=Äldreomsorg

5=Psykiatri

6=Socialtjänst

7=Sjukvård

8=Missbrukarvård

9=Ungdomsvård

10=Sektorsövergripande

11=Övrigt

M3 Vårdtyp

1=Dygnsvård

2=Dag- & strukturerad aktivitet

3=Öppenvård/konsultation

4=Lägröskel

5=Självhjälp & ickeprofessionell

6=Övrigt

M4 Vårdintensitet

1=Hög

2=Medel

3=Låg

4=Sporadisk

M5 Vårdtillgänglighet—öppetider

1=Dygnet runt

2=Dagligen

3=Arbetsvecka

4=Lägre

M6 Vårdtillgänglighet—beredskap

1=Drop-in

2=Akut

3=Efter beställning

4=Uppsökande

M7 a Vårdtillgänglighet—kontakt tid

1=Tidsbestämd

2=Ej tidsbestämd

b Om 1=tidsbestämd, normal i # veckor
maxitid eller tillfällen

2 # tillfällen

M8 Ange kapacitet i antal platser/bäddar

M9 Typ av huvudman

1=Klientkooperativ

2=Ideell organisation

3=Privat företag (vinstdrivande)

4=Offentlig myndighet

5=Personalkooperativ

6=Övrigt

M10 Huvudsaklig finansiering

1=Klientavgift (av klienten)

2=Klientens arbetsgivare

3=Försäkring

4=Välgörenhet/privata medel

5=Offentliga medel (socialtjänst etc.)

6=Övrigt

M11 Huvudsaklig orientering

1=Välgörenhet

2=Politisk

3=Religiös

4=Vetenskaplig

5=Självhjälps

6=Ingen

7=Övrigt

M12 Sätt etikett på och beskriv enhetens koncept

M13 Sätt etikett på och beskriv enhetens teoretiska/ideologiska grund

M14 Använder ni EuropASI/ASI-X, EuroADAD eller annat jämförbar standardiserad metod för klientdokumentation eller bedömning.

0=Nej 1=Ja

M15 Utarbetas det behandlingsplaner för majoriteten av era klienter

0=Nej, inga planer

1=Ja, oftast en muntlig plan

2=Ja, skriftlig plan, ostrukturerad

2=Ja, skriftlig strukturerad plan

M16 Antal personal

1 Antal

2 Antal

heltider

individer

a Ordinarie personal

b Extrapersonal (kontrakt)

M17 Personalkaraktäristika (individer)

a Antal kvinnor i personalen

b Antal män i personalen

M19 Har ni vid enheten möjlighet till och mandat för inlåsning 0=Nej 1=Ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> M19 Substitutionsbehandling 0=Nej 1=Ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> a Metadon/LAAM <input style="float: right;" type="checkbox"/> b Heroin <input style="float: right;" type="checkbox"/> c Övrigt <input style="float: right;" type="checkbox"/> M20 Klient kriterier 0=Nej 1=Ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> a Åldrar från ålder b Åldrar till ålder c Kvinnor <input style="float: right;" type="checkbox"/> d Män <input style="float: right;" type="checkbox"/> e Andra kriterier, specificera <input style="float: right;" type="checkbox"/>	M17 Specifika målgrupper 0=Nej 1=Ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> a Ungdomar <input style="float: right;" type="checkbox"/> b Barn/ungdomar <input style="float: right;" type="checkbox"/> c Tvångsomhändertagna <input style="float: right;" type="checkbox"/> d Par <input style="float: right;" type="checkbox"/> e Drogranvändare <input style="float: right;" type="checkbox"/> f Etniska minoriteter/invandrare/flyktingar <input style="float: right;" type="checkbox"/> g Familjer <input style="float: right;" type="checkbox"/> h HIV-positiva <input style="float: right;" type="checkbox"/> i Hemlösa <input style="float: right;" type="checkbox"/> j Utvecklingsstörda <input style="float: right;" type="checkbox"/> k Kvinnor med barn/gravida <input style="float: right;" type="checkbox"/> l Fysiskt handikappade <input style="float: right;" type="checkbox"/> m Dömda till övervakning <input style="float: right;" type="checkbox"/> n Prostituerade <input style="float: right;" type="checkbox"/> o Övriga specifika grupper <input style="float: right;" type="checkbox"/>
Kommentarer	

Fas

M22 1 Vilka av följande vårdfaser är aktuella på er enhet 0=Nej 1=Ja

2 Om Ja, gör ett överslag för hur tiden fördelar sig mellan de olika vårdfaserna 1 procent

	1 0=Nej 1=Ja	2 Proportion (%)
a Omvårdnad	☐	☐
b Motivation	☐	☐
c Behandling	☐	☐
d Eftervård	☐	☐

M23 Normal programtid för varje aktuell vårdfas räknat i antal dagar eller tillfällen.

1 Programdagar

2 Programtillfällen

	1 Dagar	2 Tillfällen
a Omvårdnad	☐	☐
b Motivation	☐	☐
c Behandling	☐	☐
d Eftervård	☐	☐

M23 Föregås er enhet normalt av annan enhet i någon följande vårdfaser

0=Nej, normalt ej annan enhet 3=Behandling
1=Omvårdnad 4=Eftervård
2=Motivation 5=Övrigt

M24 Följs er enhet normalt av annan enhet i någon av följande vårdfaser

0=Nej, normalt ej annan enhet 3=Behandling
1=Omvårdnad 4=Eftervård
2=Motivation 5=Övrigt

Kommentarer

M 26 a Vilka områden är i fokus på enheten

b Vilka faser är i fokus inom de olika områdena

-1=Kontraindicerande

0=Ej i fokus

1=Primärt

2=Sekundärt

a Område	1 Fysisk	2 Arbete/Skola	3 Missbruk	4 Kriminalitet	5 Fam/Soc	6 Psyk
b Fas						
1 Omedveten Uppgiven						
2 Fundera Överväga						
3 Beslut Förbered.						
4 Handling Förändring						
5 Hantering Upprätthålla.						

M27 Fysisk hälsa/ohälsa		Insatser, MAPS-enhet	
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser		0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten	Kolumn 2: Ange om insatserna är STAN-DARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)
		0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra	
a Omvårdnad		b Motivation	
1 Terapi	☐ ☐	1 Terapi	☐ ☐
2 Rådgivning	☐ ☐	2 Rådgivning	☐ ☐
3 Assistans	☐ ☐	3 Assistans	☐ ☐
4 Miljö	☐ ☐	4 Miljö	☐ ☐
5 Stöd	☐ ☐	5 Stöd	☐ ☐
Kommentarer			
c Behandling		d Eftervård	
1 Terapi	☐ ☐	1 Terapi	☐ ☐
2 Rådgivning	☐ ☐	2 Rådgivning	☐ ☐
3 Assistans	☐ ☐	3 Assistans	☐ ☐
4 Miljö	☐ ☐	4 Miljö	☐ ☐
5 Stöd	☐ ☐	5 Stöd	☐ ☐
e Screening ☐ ☐	g Bedömning ☐ ☐	h Medicinska problem ☐	
f Klinisk observation ☐ ☐		i Fysisk hälsa ☐	

M27 Sysselsättning och försörjning		Insatser, MAPS-enhet			
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser		0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten	Kolumn 2: Ange om insatserna är STANDARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)		0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra
a Omvårdnad 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □		b Motivation 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □			
Kommentarer					
c Behandling 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □		d Eftervård 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □			
e Screening □ □ f Klinisk observation □ □	g Bedömning □ □	h Arbete □ □ i Försörjning □ □	j Skola □ □ k Boende □ □		

M27 Missbruk		Insatser, MAPS-enhet	
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser		0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten	Kolumn 2: Ange om insatserna är STANDARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)
		0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra	
a Omvårdnad		b Motivation	
1 Terapi	☐ ☐	1 Terapi	☐ ☐
2 Rådgivning	☐ ☐	2 Rådgivning	☐ ☐
3 Assistans	☐ ☐	3 Assistans	☐ ☐
4 Miljö	☐ ☐	4 Miljö	☐ ☐
5 Stöd	☐ ☐	5 Stöd	☐ ☐
Kommentarer			
c Behandling		d Eftervård	
1 Terapi	☐ ☐	1 Terapi	☐ ☐
2 Rådgivning	☐ ☐	2 Rådgivning	☐ ☐
3 Assistans	☐ ☐	3 Assistans	☐ ☐
4 Miljö	☐ ☐	4 Miljö	☐ ☐
5 Stöd	☐ ☐	5 Stöd	☐ ☐
e Screening ☐ ☐	g Bedömning ☐ ☐	h Alkohol ☐	j Läkemedel ☐
f Klinisk observation ☐ ☐		i Narkotika ☐	k Annat missbruk ☐

M27 Kriminalitet		Insatser, MAPS-enhet	
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser		Kolumn 2: Ange om insatserna är STANDARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)	
0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten		0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra	
a Omvårdnad 1 Terapi ☐ ☐ 2 Rådgivning ☐ ☐ 3 Assistans ☐ ☐ 4 Miljö ☐ ☐ 5 Stöd ☐ ☐		b Motivation 1 Terapi ☐ ☐ 2 Rådgivning ☐ ☐ 3 Assistans ☐ ☐ 4 Miljö ☐ ☐ 5 Stöd ☐ ☐	
Kommentarer			
c Behandling 1 Terapi ☐ ☐ 2 Rådgivning ☐ ☐ 3 Assistans ☐ ☐ 4 Miljö ☐ ☐ 5 Stöd ☐ ☐		d Eftervård 1 Terapi ☐ ☐ 2 Rådgivning ☐ ☐ 3 Assistans ☐ ☐ 4 Miljö ☐ ☐ 5 Stöd ☐ ☐	
e Screening ☐ ☐ f Klinisk observation ☐ ☐		g Bedömning ☐ ☐ h Juridiska ☐ i Brottslighet ☐	

M27 Familj och umgänge		Insatser, MAPS-enhet		
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser		0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten	Kolumn 2: Ange om insatserna är STANDARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)	
		0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra		

a Omvårdnad 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □	b Motivation 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □
---	--

Kommentarer

c Behandling 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □	d Eftervård 1 Terapi □ □ 2 Rådgivning □ □ 3 Assistans □ □ 4 Miljö □ □ 5 Stöd □ □
--	---

e Screening □ □	f Klinisk observation □ □	g Bedömning □ □	h Familj □ i Umgänge □	j Fritid □
---	---	---	---	--

M27 Psyisk hälsa/ohälsa		Insatser, MAPS-enhet	
Kolumn 1: Vilka av följande insatser är tillgängliga på enheten (1) eller genom förmedling av enheten (2) externa resurser	0=Ej tillgänglig 1=Ja, tillgänglig på enheten 2=Ja, enbart utanför enheten	Kolumn 2: Ange om insatserna är STANDARD (normalt för alla), vid BEHOV (del av individuellt program) eller EXTRA (under speciella omständigheter)	0=Används ej 1=Standard 2=Behov 3=Extra
a Omvårdnad 1 Terapi ☐☐ 2 Rådgivning ☐☐ 3 Assistans ☐☐ 4 Miljö ☐☐ 5 Stöd ☐☐		b Motivation 1 Terapi ☐☐ 2 Rådgivning ☐☐ 3 Assistans ☐☐ 4 Miljö ☐☐ 5 Stöd ☐☐	
Kommentarer			
c Behandling 1 Terapi ☐☐ 2 Rådgivning ☐☐ 3 Assistans ☐☐ 4 Miljö ☐☐ 5 Stöd ☐☐		d Eftervård 1 Terapi ☐☐ 2 Rådgivning ☐☐ 3 Assistans ☐☐ 4 Miljö ☐☐ 5 Stöd ☐☐	
e Screening ☐☐ f Klinisk observation ☐☐	g Bedömning ☐☐	h Psykiatrisk ☐☐ i Psykologisk ☐☐	j Välmående ☐☐

Personal

A Landskod, Sverige

7 5 2

B Namn på enheten

C Enhetskod

D Ifyllnadsdatum (DDMMÅÅÅÅ)

E Namn, personal

F Personalkod

G Datainsamlingsmetod

1=Undertrycknad personal 2=Övrig

INSTRUKTIONER

- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:
X=Frågan obesvarad
N=Frågan inte tillämplig
- Utrymme finns för kommentarer efter varje frågeområde.

v 2.000, ©07-05-2000. Öberg, D., Sallmen, B., Gerdner, A., Jansson, I. & Segraeus, V.

MAPS är, efter erforderlig träning, fritt att användas för registrerade användare. Detta under förutsättning av att formuläret används i oförvanskat skick.

MAPS har utarbetats på initiativ av BIOMEDII/IPTRP* och med stöd från Statens institutionsstyrelse (SiS).)*Commission of the European DG XII; Science, Research and Development, Life sciences and Technologies; Contr. N° BMH4-CT96-O688.

MS1 Anställningsform

1=Anställd 3=Frivillig (ideellt arbete)
2=Kontrakt 4=Övrigt

MS2 Kön 1=Man 2=Kvinna

MS3 Födelseår (AAAA)

MS4 Antal år på enheten

MS5 Antal år inom fältet

MS6 Utbildningsnivå

1=Ej fullföljd grundskola 6=1-2 år universitet/högskola
2=Grundskola 7=3-4 år universitet/högskola
3=Grundskola + relevanta kurser* 8=Mer än 4 år universitet/högskola
4=Gymnasieskola 9=Doktorsexamen
5=Gymnasiesk. + rel. kurser* 10=Övrigt
*(mer än 4 månader)

MS7 Personalkategori

1=Psykiater 8=Socionom
2=Medicine doktor, övrig 9=Terapi/rehab specialist
3=Legitimerad sjuksköterska 10=Lärare
4=Sjukvårdspersonal, övrig 11=Övrig behandling
5=Alkohol/drogrådgivare 12=Administration
6=Psykolog 13=Service
7=Socialpedagog 14=Övrigt

MS8 Funktion på enheten

MS9 Arbetstid på enheten i timmar per vecka

MS10 1 Har du någon formell utbildning eller träning inom något av följande områden

2 Ungefär hur många timmar i veckan arbetar du på enheten inom varje område

Om vissa timmar inte går att placera in under något ASI område (eller Spelberoende), använd då "Övrigt, insatser" eller "Administration och service". Den totala summan timmar (alternativ a-j) skall bli samma som arbetstiden (fråga MS9).

- 1 2
0=Nej 1=Ja Timmar/vecka
- a Fysisk hälsa/ohälsa
- b Sysselsättning/försörjning
- c Alkohol
- d Missbruk
- e Familj och umgänge
- f Psykisk hälsa/ohälsa
- g Övrigt, insatser
- h Administration och service

MS11 Arbetar du inom någon av följande behandlingsfaser 0=Nej 1=Ja 9=Ej relevant

- a Omvårdnad
- b Motivation
- c Behandling
- d Eftervård

MS12 Beskriv nedan andra kunskaper, färdigheter, erfarenheter eller intressen som du har.

MS13 Kommentarer



ASI FEEDBACK FORMULÄR

Namn _____

Klient kod _____

Ifyllningsdatum (AAAA-MM-DD) _____

Enhetskod _____

Intervjuarkod _____

Intervjuarskattning

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Område										
Fysisk h.										
Arbete/f.										
Alkohol										
Narkotika										
Kriminalitet										
Familj/u.										
Psykisk h.										
Global										

Skattningsskalor

Intervjuare

Klient

Problem och hjälpbehov
Hjälp

Oroad eller besvärad/
Hjälp

0-1 Inget

0 Inget

2-3 Litet

1 Litet

4-5 Måttligt

2 Måttligt

6-7 Avsevärt

3 Påtagligt

8-9 Uttalat

4 Mycket stort

Klientskattning av oro/besvär

	4	3	2	1	0
Område					
Fysisk h.					
Arbete/f.					
Alkohol					
Narkotika					
Kriminalitet					
Familj/u.					
Psykisk h.					
4					
3					
2					
1					
0					

Klient skattning av hjälpbehov

Allmän information

Fysisk h. _____

+ Positivt _____

- Negativt _____

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐

Hjälp: ☐

Skattning: ☐

Problematik _____

Motivering _____



Arbete/f.

+ Positivt

- Negativt

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ Hjälp: ☐ Skattning: ☐

Problematik

Motivering

Alkohol

+ Positivt

- Negativt

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ Hjälp: ☐ Skattning: ☐

Problematik

Motivering

Narkotika

+ Positivt

- Negativt

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ Hjälp: ☐ Skattning: ☐

Problematik

Motivering

Kriminalitet

+ Positivt

- Negativt

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ Hjälp: ☐ ☐ Skattning: ☐ ☐

Problematik

Motivering



Familj/u. _____

+ Positivt _____

- Negativt _____

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ ☐

Hjälp: ☐ ☐

Skattning: ☐

Problematik _____

Motivering _____

Psyk _____

+ Positivt _____

- Negativt _____

Intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Oro/besvär: ☐ ☐

Hjälp: ☐ ☐

Skattning: ☐

Problematik _____

Motivering _____

Global bedömning

Global intervall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

+ Positivt _____

- Negativt _____

Mönster _____

Mönster _____

Global bedömning: ☐

Motivering _____



ASI Feedback Form - AFF Ett hjälpmedel för ASI intervjuare

Bakgrund

AFF är utvecklat för kliniker med syftet att öka användbarheten av ASI i klientarbete. AFF är ett användbart hjälpmedel för till exempel klientdokumentation, ärendehandläggning, klientkonferenser och behandlingsplanering.

AFF har fyra huvudsyften:

1. Att göra intervjuarskattningen enkel och tillförlitlig
2. Att ge en kortfattad strukturerad sammanfattning av intervjun
3. Att ge ett underlag för strukturerad återföring av intervjun till klienten
4. Att knyta samman de olika problemområdena och identifiera mönster

OBS! När klient- och intervjuarskattningar används för statistik och vid återföring till klienten, tänk på att klienten och intervjuaren skattar olika saker utifrån olika utgångspunkter. Exempelvis skattar klienten enbart utifrån aktuell situation medan intervjuaren även inkluderar klientens historia. Klientens skattning påverkar även i hög grad intervjuarens slutgiltiga skattning. Detta innebär att klient- och intervjuarskattning inte är jämförbara och ofta kommer att skilja sig åt.

Metod

I AFF antecknas intervjuarens tankar och överväganden vid intervjuarskattningen. Baserat på den information som klienten lämnat i intervjun, fungerar AFF som en praktiskt guide för att gå igenom de olika stegen i intervjuarskattningen.

Instruktioner

Allmänna instruktioner

Se över problemområdet i sin helhet. Frågornas vikt bedöms (+ positivt eller - negativt) utifrån:

- Kritiska frågor (fet stil och understrykning)
- Hur nära de är i tiden
- Utsträckningen i tiden
- Om de är akuta
- Om de är kroniska
- Allvarlighetsgraden

Intervjuarskattning

- 1) Se över vad som är positiv för klienten (vilket ger en lägre skattning) och vad som är negativt (vilket ger en högre skattning). Frånvaro av problem bedöms som positivt.
- 2) Skapa ett intervall av 2-3 siffror vilka uttrycker intervjuarens bedömning av allvarlighetsgraden av klientens problem inom området. Detta kan göras genom att börja vid skalans ändpunkter och sedan minska intervallen till den består av 2-3 siffror. Till exempel: passar 0-1, nej. passar 8-9, nej. passar 2-3, njä. passar 6-7, nej. passar 4-5, ja. Intervallat blir här 3-4-5.
- 3) Fyll i klientens skattning av problem och hjälpbehov från ASI och ta hänsyn till dessa för att fastställa vilken siffra som utgör den slutgiltiga intervjuarskattningen. (se ASI manualen)
- 4) Skriv ner en motivering till skattningen. Motiveringen skall förklara hur intervjuaren har uppfattat informationen från klienten och vilka överväganden som gjorts i skattningen. Denna information utgör basen i en återföring till klienten.

Global bedömning

- 1) Använd informationen i samtliga intervjufrågor, som du anser vara av vikt, och ange ett intervall på 3 siffror. Detta intervall skall spegla en global bedömning av klientens problem och hjälpbehov. Använd här tekniken beskriven under punkt 2 i intervjuarskattningen.
- 2) Identifiera mönster mellan frågor inom de olika problemområdena. Dessa mönster kan vara både positiva eller negativa. t. ex. (+) har arbete, familj vänner utan alkoholproblem, (-) alkohol användning, konflikter i familjen, deprimerad.
- 3) Överväg reglerna under allmänna instruktioner för att bedöma vikten av skyddande (+) respektive destruktiva (-) mönster. Om mönstren är övervägande skyddande, ange det lägre värdet i intervallet, om mönstren är övervägande destruktiva, ange det högre värdet i intervallet. Annars, koda det mittersta värdet i den slutgiltiga globala bedömningen.
- 4) Skriv ner er motivering till bedömningen

Maastricht 2001-01-25

© David Oberg, Björn Sallmén, Marie-Jeanne Haack, Jane Wilson och David Zingmark

Tidigare utgivna rapporter i serien "SiS följer upp och utvecklar"

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Kerstin Möller, Arne Gerdner, Anita Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS. (Göran Sandell, Jeanette Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)
- 5/99 Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning. (Håkan Larsson, Märta Ollus)
- 6/99 Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätundersökning av drogberoende män på Rällsögården 1998. (Anders Nyman)
- 1/00 Årsrapport ADAD 97. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/00 Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/00 Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården. (Arne Gerdner)
- 4/00 Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 5/00 Tiden på Älvan och ett år efter ... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning. (Anna Michanek, Marianne Kristiansson, Rose-Marie Westermarck, Bella Machado)
- 1/01 Årsrapport ADAD 98. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/01 Flickan och hästen. Bilder från ett hem för särskild tillsyn. (Sven Forsling)
- 3/01 Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/02 Årsrapport ADAD 99. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/02 Unga förövare av sexuella övergrepp. Tunagårdens behandlingsmodell. (Åsa Jeppsson, Inga Tidefors Andersson, Eva Löwdahl)

- 3/02 Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM. (Anette Kindstrand, Tomas Theorin)
- 4/02 SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. (Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson, Stine Malling Thorsen)
- 1/03 Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. (Irène Jansson, Mats Fridell)
- 2/03 Att bedöma risk för återfall bland antisociala unga. En kunskapsöversikt. (Niklas Långström)
- 3/03 Det finns inga hopplösa fall, eller ...? Unga kvinnors möte med vården inom SiS. (Mai-Louise Björk, Inger J:son Knodt)
- 4/03 Kontaktmannaskap. Emotionella upplevelser hos behandlingsassistenter inom LVM-vården. (Anita Helgesson)
- 5/03 Årsrapport ADAD 00. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under år 2000 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 1/04 Från miljöterapi till KBT. Institutionsbehandling av kriminella pojkar. (Bengt Daleflod, Martin Lardén)
- 2/04 Årsrapport DOK 01. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/04 Kvinnliga LVM-klienters våld på institution. En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården. (Tom Palmstierna)
- 4/04 Institutionsbaserad LVM-forskning. 12 år av forskning, utveckling och utvärdering vid Karlsvik. (Björn Sallmén)