

Assessment i den personlige psyko-sociale rehabiliteringsindsats

v.1.93

Tanker i anledning af et seminar om den specialiserede, integrerede, psyko-sociale rehabiliteringsindsats

Assessment i individuel psyko-social rehabiliterings indsats

Tanker om planlægning af individuel rehabiliteringsindsats.

Indledning om strategi, metode og værktøjer

Dette notat er et biprodukt af arbejdet med et oplæg til et seminar om metoder til planlægning af den individuelle rehabiliteringsproces. Grundlaget er fra 2004, og er senest opdateret i 2005. Det er

udarbejdet af Knud Ramian, Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt og udarbejdet for Socialpsykiatrien i Århus Amt.

Notatet er resultatet af en kreativ søge – og tankeproces for at identificere interessante udgangspunkter for dialogen om en specialiseret integreret rehabilitering.

Notatet søger at belyse centrale problemstillinger omkring assessmentprocessen som en faglig kerneydelse og søger ikke at forenkle den – det kan tidsnok komme.

Notatet belyser først de generelle problemstillinger omkring assessment for derefter at diskutere kravene til den mere og mere specialiserede integrerede indsats.

Specialiseret, integreret rehabilitering

De forskellige definition af og modeller for rehabilitering og recovery bliver ikke gennemgået her. Her anvendes rehabilitering som et begreb, der fokuserer på den faglige indsats og recovery som et begreb, der fokuserer på den personlige indsats og proces (Cope, Davenport et al. 2004; Wilken and Hollander 2005). Det er to typer af fokuspunkter, der kan understøtte hinanden eller det modsatte.

Integreret betyder en rehabiliteringsindsats, der er så tæt integreret, at det ikke er muligt eller hensigtsmæssigt at skelne mellem sociale indsats og behandling.

Specialiseret betyder at indsatsen retter sig mod problemstillinger, der stiller særlige krav til indsigt og metoder, hvis effekt af indsatsen skal opnås. Vel og mærke indsigt og metoder som ikke kan forventes tilstede og ikke vil være nyttig i alle sammenhænge. Det kan være problemstillinger knyttet til en gruppe, der har et uforholdsmæssigt stort forbrug af indlæggelser eller skadestueforbrug, eller en gruppe som har lange indlæggelser, eller strander i revalideringssytemet, fordi egnede tilbud ikke tilbydes, eller det kan være meget komplicerede problemstillinger knyttet.

Assessment omfatter den løbende faglige proces, det er at indhente og vedligeholde den samlede viden, der er nødvendig for i et samarbejde at kunne træffe vidensbaserede beslutninger om den rigtige indsats og vurdere resultaterne af den. Assessment er en del af en indsats. I modsætning hertil kan vi tale om 'screening' som er enkeltstående hurtigt gennemførte 'snapshots' med det formål at få viden på indikatorniveau. 'Specialundersøgelser' bruges her til at betegne mere dybtgående vurderinger på særlige områder. Allerede i 1991 slog Libermann til lyd for systematisk assessment som grundlag for rehabilitering (Lieberman 1991).

Det er nødvendigt såvel at tænke såvel i strategi som i politikker og værktøjer, men det er også nødvendigt med enkle billeder.

Den overordnede strategidiskussion handler om principperne for planlægning af en specialiseret, integreret og individualiseret rehabiliteringsindsats, der adskiller sig fra en ikke-specialiseret rehabiliteringsindsats.

Politikdiskussionen handler om, hvordan man får processen til at hænge sammen fra etablering af en samarbejdsrelation over assessment til målsætninger og til en implementeret og levende handleplan. Værktøjsdiskussionen hænger sammen med de konkrete arbejdsmetoder fagfolk og brugere kan tage i anvendelse i dette forløb.

Den simple udgave handler måske om, at lave et godt rejsebureau.

Assessment handleplaner og resultatmålinger?

Det er stadig en udbredt opfattelse at assessment er en engangsforeteelse, eller højst en årlig begivenhed baseret på anvendelse af en standardpakke. Selvom der i dette notat fokuseres på værktøjer til assessment, må de anvendes som en del af den samlede planlægningsproces og knyttes til udvikling af en virksom handleplan. Assessment er også en forudsætning for vurderingen af resultatet af indsatsen.

Vi kan drage nytte af den viden, vi i dag har om etablering af virksomme handleplaner (Ramian 1998; Juliussen 2004). Alle forsøg på at lade som om arbejdet med handleplaner er ukompliceret er faldet til jorden. Alt peger på, at etablering af virksomme handleplaner stadig IKKE er det mest almindelige. Assessment skal indgå i forløb, hvor man har gennemtænkt og aftalt, hvordan de ofte usynlige processer i handleplansarbejdet skal hænge sammen

De mange handleplansprocesser
<ul style="list-style-type: none">• Relationsskabelse• Kontekstforhandling<ul style="list-style-type: none">• Assessment• Motivation• Prioritering• Målsætning• Alternativer• Beslutninger<ul style="list-style-type: none">• Aftaler• Risikovurdering• Implementering<ul style="list-style-type: none">• Integration• Evaluering

Specielt forhandlingen af konteksten med de involverede er af fundamental betydning for resultatet af assessment-processen. Valget af assessmentværktøjer og tilrettelæggelsen af forløbet omkring den enkelte assessment skal ske i samarbejde med de involverede.

Individualiseringen stiller krav om, at de fagfolk, der tilrettelægger assessment, kan råde over et spektrum af værktøjer og ikke anvender en standardformular - også for at trække på andre ressourcer end deres egne.

Der må findes et sæt af tværgående og specialiserede assessment værktøjer, som er tilgængelige ved rehabiliteringsindsatsen, og som de involverede kan begribe resultaterne af.

Assesmentværktøjers mange formål

Assessments tjener mange formål som sætter deres præg på processen. Assessments har til formål at skaffe information, der kan danne grundlag for beslutninger om tilrettelæggelsen af en indsats: Hvad er der behov for, og hvordan skal samarbejdet gennemføres, men kan også have til formål at vurdere resultatet af en indsats. Værktøjer, der egner sig til behovsvurdering og planlægning af indsatsen, er ikke altid velegnede til at måle effekten af indsatsen med og omvendt. Fx kan manglende behov i CAN være udtryk for resignation, men et resultat af forbedret indsats kan være, at de udækkede behov øges, når resignationen falder

Dialogbaserede assessments redskaber har som særligt formål at skabe grundlag for samarbejde, mens et tiltrængt eftersyn hos tandlægen har en helt anden karakter.

Visse former for assessment har primært til formål, at skaffe information til beslutningstagere f.eks. omkring visitationsbeslutninger og bevilinger. Det kan næppe undgås, at der kan være modsætningsforhold mellem fagfolks og brugeres vurderinger og bevillingsgiveres vurdering. Der sniger her ofte tydelige økonomiske interesser ind i vurderingerne: Er brugeren tilstrækkelig 'dårlig' eller for god til at udløse en ydelse. Denne type af argumentationer kan naturligvis have bivirkninger andre steder i assessmentforløbet.

Der er ofte mange andre formål pakket ind i assesment-processen, som det vil fremgå af det følgende

Principper og værdier i assessment

Mange ratingscales anvendt til assessment kan fremvise gode psykometriske egenskaber mht.validitet og reliabilitet. Deres egnethed er imidlertid ikke kun bestemt af, hvad de måler, men ligeså meget af den måde, de er tænkt anvendt på . Fx om de er egnede til brugerinddragelse. Det vil sige, at værktøjerne skal være i overensstemmelse med grundlæggende værdier for den efterfølgende indsats. I Danmark har vi haft diskussionen om fælles værdier i psykiatrien.

Med udgangspunkt i et værdisæt kan der udarbejdes principper for indsatsen og dermed også for assesment.:

Indsatsen skal fremme styrke og modstandskraft hos brugerne. Fremme styrker og modstandskraft hos deres familier og pårørende. *Der skal kortlægges ressourcer.*

Vedligeholde optimisme og håb omkring personlig vækst og recovery. *Der skal kortlægges muligheder og visioner.*

Behandle handicap med respekt og accept - *Der skal være inddragelse i processen.*

Fremme den samlede livskvalitet - *der skal vurderes andet end funktionsevne.*

Reducere stigmatisering og fremme social integration - *der skal vurderes på kontekst og ikke bare på individ*

Tage terapeutiske chancer for at fremme personlig ansvarlighed. *Der skal skabes engagement i processen på bekostning af faglig sikkerhed.*

at der skal anvendes metoder , hvis virkninger er kendte. *Der skal arbejdes med afprøvede målemetoder og arbejdes på at indhente ny viden om dem.*

at indsatsen skal omfatte sammehængende og koordinerede tilbud på alle områder, der har betydning. at indsatsen skal omfatte sammehængende og koordinerede tilbud på alle områder, der har betydning. *Der skal være en klar koordination og sammenhæng i assesmentforløbet.*

Assessment og indsats skal hænge sammen

Assessment og indsats hænger sammen. Den individuelle assesment må bl.a. være et beslutningsgrundlag for valg af et eller flere af de tilgængelige tilbud. Det nytter ikke meget at spørge til omfanget af seksuelle problemer, hvis man ikke har et tilbud om vejledning.

Der knytter sig ofte bestemte former for assesments til forskellige former for indsats. Man vil gerne vide, om det kan virke. En specialiseret neuropsykologisk testning, giver mest mening, hvis man har mulighed for at følge den op med vejledning eller specialiserede træningsprogrammer.

Der er mange områder, hvor vi ikke ved, hvad der virker. Vi har f.eks. ingen sikker viden om, hvilken form for boliger, der passer til hvem – så er det sværere at rådgive.

Der ligger en risiko i, at assessment i forhold til eksisterende tilbud kan føre til, at brugerens problemer tilpasses til tilbuddene og ikke omvendt. Der må derfor suppleres med overvejelser om særlige behov for helt individuelle tilbud. Det har selvfølgelig kun mening i den udstrækning, der er afsat "frie ressourcer" til individualiserede tilbud.

Assessmentværktøjer og forskellige målgrupper

De fleste assessmentværktøjer er udviklet til særlige målgrupper og virker uhensigtsmæssigt, hvis de bruges i forhold de forkerte målgrupper. CAN har hjemmeboende mennesker med mange sociale problemer som særligt område. Den har f.eks. særlige udgaver for ældre og patienter med demens. Den egner sig ikke specielt til mennesker i botilbud. Hertil er KABOGA udviklet. Der vil være mennesker, hvis situation stiller særlige krav til assessment.

Mennesker med både sindslidelse og misbrug stiller særlige krav til assessment, hvis der er tale om et meget langvarigt misbrug er man nødt til at forholde sig til eventuelle cognitive skader. Et andet eksempel er assessment af motivation – en vigtig forudsætning for at iværksætte en indsats. Meget ofte anvendes Proshakas motivationsmodel, men det viser sig at den kun er velegnet i forhold til mennesker med stofmisbrugsproblemer, mens den slet ikke passer til mennesker med forskellige former for spiseforstyrrelser.

Visse mennesker med depressiv sårbarhed kan have problemer med deres autobiografiske hukommelse, hvilket forstærker deres tendens til depression. Det kan der gøres noget ved, men det skal man vide.

Konsekvensen må være, at værktøjernes forudsætninger mht målgruppe, indsats, kontekst, formål og kompetencer må være kendt af de mennesker, der anvender dem.

Temaer for assessment i forskellige modeller

Når man kender målgruppen, værdierne og hvilke tilbud, der kan tilbydes kan der også vælges temaer til assessment. I det følgende gives eksempler på assesment-temaer vor forskellige målgrupper.

Socialministeriets procedurer for assessment: Funktionsevnetoden

Til en start kan det være interessant, at se, hvordan man anvender assessment i socialsektoren generelt. Socialministeriet har en række procedurer for assessment, der er tilpasset tilbudene i serviceloven. Det er procedurer, der både fastlægger indhold og proces. Der er **funktionsevnetoden** som er knyttet til tildelingen af handicap kompenserende ydelser, **arbejdsevnetoden** der knytter sig til sager vedr. revalidering, fleksjob og førtidspension og **Fællessprog**, der anvendes ved tildeling af f.eks. hjemmehjælp og hjemmesygepleje på ældreområdet. Hertil kommer principperne for handleplaner efter servicelovens §111, der har speciel relevans for indsatsen for mennesker med sindslidelser. Vedr. udarbejdelse af handleplaner foreligger der ingen fastlagte procedurer, men loven stiller en række krav til såvel indhold og proces.

Alle procedurer har til formål at sikre et match mellem borgerens behov, servicelovens tilbud og den lokale standard. Proceduren skal sikre en ensartet god sagsbehandling i henhold til loven.

Funktionsevnetoden er en procedure til brug for sagsbehandlere, der skal tildele handicapkompenserende ydelser i henhold til serviceloven. Proceduren og dens principper foreligger som en håndbog på ca. 100 sider. I håndbogen findes alt materiale fra skemaer til forslag til breve til borgeren og udarbejdelse af kommunale politikker og standarder. (Jensen, Raun et al. 2002).

Formålet med funktionsevnetoden er ifølge §1 i bekendtgørelsen om funktionsevnetoden (nr. 1098 af 11/12/2002):

at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Dette formål præciseres yderligere i bekendtgørelsen til Servicelovens § 84:

Formålet er, at en person med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, og dennes familie, kan leve et almindeligt liv som andre ikke-handicappede på samme alder og i samme livssituation.

Funktionsevnetodens Hvordan?: God sagsbehandling:

God sagsbehandling er beskrevet i Forvaltningsloven, Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, Offentlighedsloven, og Lov om Social Service. Der angives retningslinier for, hvordan kommunerne og amtskommunerne skal varetage deres myndighed ved behandling af borgernes ansøgninger m.m. Formålet er at bevare kvalitet i sagsbehandlingen, opnå lovenes intentioner og at sikre borgernes rettigheder. Der lægges bl.a. vægt på:

At borgeren medvirker ved behandlingen af sin sag, og at ansøgeren får skriftlig besked om kommunens afgørelse.

Faglige vurderinger fremlægges og vurderes i samarbejde med borgeren med det formål at få sammenhæng mellem borgerens livsverden og selvforståelse og den faglige vurdering af de foreliggende oplysninger.

At yde en helhedsorienteret indsats, hvor myndighederne så vidt muligt tilrettelægger hjælpen som et sammenhængende tilbud ud fra en samlet vurdering af borgerens situation.

At følge op på sagen, så det undervejs i processen vurderes, hvorvidt målene er nået, om der er brug for justeringer af indsatsen.

At dokumentere sagens gang på skrift for at sikre borgerens retssikkerhed.

At sikre at borgeren får adgang til de relevante skriftlige akter i sagen.

Funtionsevne metodens Hvad?: Kernen i proceduren er et samtalskema, der starter med "Hvad er vigtigst lige nu". Det indeholder indledende spørgsmål, hvor borgeren umiddelbart kan beskrive sin situation, som den ser ud med hensyn til sygdom, primære netværk, og hvad der er vigtigst lige nu. Hermed er borgerens egen opfattelse af sin situation fremlagt fra start. Borgerens forståelse og målsætning kan danne grundlag og omdrejningspunkt for uddybningen af de øvrige 9 livssituationer:

Den nære dagligdag.

Kommunikation.

Samvær med familie og andre.

Bolig.

Fritid.

Uddannelse og arbejde.

Transport.

Gå i byen.

Fremtiden.

For hvert område er findes der et hjælpeskema med mere detaljerede spørgsmål.

Ydelsesoversigten: Der er udarbejdet et særligt skema, som mere detaljeret beskriver, hvad der kan tales om, og et særligt skema som viser, hvilke ydelser der kan være tale om i henhold til loven, og hvad den (amts)kommunale standard er.

Aftaler: I et særligt skema nedfældes aftalerne:

Hvilke beslutninger, der er taget af borgeren og sagsbehandleren i fællesskab.

Hvad sagsbehandleren gør, og hvad borgeren gør med aftalte deadlines.

Nye aftaler fx ved nye afgørende oplysninger, ændringer af funktionsevnen m.m.

Ved uenighed mellem borger og sagsbehandler skrives begges opfattelser. Det er sagsbehandlerens ansvar at tage den endelige beslutning og begrunde hvorfor.

Psyko-social rehabilitering og Socialministeriets assessment

Socialministeriets procedurer er tilrettelagt, så de kan anvendes af sagsbehandlere uden særlig viden eller specialiserede forudsætninger. Når vi taler om de socialpsykiatriske målgrupper stiller rehabiliteringsindsatsen meget større krav til assessment processen for at kunne lykkes.

Socialministeriet tager udgangspunkt i en dialog med borgeren og stiller ikke krav om særlige undersøgelser. Socialministeriets procedurer har fokus på overholdelse af loven og fokuserer på de former for tilbud loven specificerer.

I den specialiserede socialpsykiatri er der således ikke uden videre overensstemmelse mellem indretningen af den specialiserede rehabiliterings tilbud og servicelovens tilbud. Den specialiserede indsats kræver ligeledes en række meget specialiserede tilbud, som ikke nødvendigvis er en del af de kommunale standardtilbud og derfor kræver særlig vurdering.

Funktionsevnetoden opfylder grundlæggende krav til god sagsbehandling, men rummer ingen viden om og tager ingen hensyn til sindslidendes særlige situation.

Kansasmodellen

The Strength Model (Rapp 1997) er et eksempel på en model, der retter sig direkte mod mennesker med sindslidelser, men som samtidig er en ren social rehabiliteringsmodel fra University of Kansas. Rapp hævder, at have lige så gode resultater som ACT- modellen. Styrkemodellen tager konsekvent tager udgangspunkt i en ressource-tænkning omkring nedenstående temaer:

	Den aktuelle situation:	Personlige forhåbninger og ambitioner:	Personlige og sociale ressourcer:
	Hvad sker der for tiden? Hvad er muligt nu?	Hvad ønsker jeg?	Hvad har jeg gjort tidligere?
Hverdagen			
Økonomien			
Arbejde og uddannelse			
Kontakt og støtte			

Helbred

Fritid

Hvad er
mine
prioriteter?

CARe-modellen

CARe –modellen fra Holland (Wilken and Hollander 2005) er en af de nyeste psyko-sociale rehabiliteringsmodeller. Det er bred omfattende rehabiliteringsmodel med tilsvarende bredt defineret målgruppe. Modellen er et forsøg på integration af eksisterende viden og redskaber i en fælles ramme. Den har følgende bud på, hvad assessment skal indeholde. Deres assesmentgrundlag har de selv udviklet og henviser ikke til andres værktøjer.

Den biografiske dimension	Forståelse af klientens liv i en livshistorisk kontekst
Den personlige dimension	Forståelse af klienten som et menneske for at kunne etablere en alliance
Recovery dimensionen	Forstå recoveryprocessen, vurdere den aktuelle status og relevante recovery faktorer
Fremtidsdimensionen	Ønsker og personlige værdier mht forbedring og vedligeholdelse af livskvalitet. Klientens styrker og begrænsninger i relation til ønskerne
Kontekstdimensionen	Kende den aktuelle og fremtidige kontekst, bolig, omgivelser, netværk
Den professionelle dimension	Wanted and needed' professionel støtte, tilbud og service

På hvert område undersøges 1) ønsker og personlige værdier. 2) Klientens styrker og begrænsninger mht. ønsker og værdier 3) ønskede og nødvendige resultater 4) muligheder og begrænsninger i omverdenen 5) den professionelle indsats og tilbud

Som det fremgår, er der tale om en meget generel model som ikke i sig selv har indbygget specifik viden om målgruppen. En systematisk anvendelse af modellen vil sikkert være et fremskridt mange steder.

Assessment i den specialiserede integrerede indsats

De foregående modeller har som fælles målgruppe – SMI –gruppen (severely mentally ill) men der er andre målgrupper f.eks. de mennesker som vanskeligt kan fastholdes i ovenstående community mental health programmer.

Londonmodellen: Rehabilitation and recovery now

Der er i den nyere litteratur forskellige bud på, hvad assessment kan omfatte. En arbejdsgruppe nedsat af Royal College of Psychiatrist anbefaler en specialiseret indsats for sindslidende med behov for et kompleks og langvarigt rehabiliteringsforløb(Cope, Davenport et al. 2004). London rapporten tager udgangspunkt i nedenstående opfattelse af målgruppen:

Arbejdsgruppen forsøger at indarbejde viden om denne målgruppe i deres forslag til specialiseret assessment.

Område

Funktionsvurdering, daglige færdigheder (living skills), uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder

Social funktion

Psykiatriske symptomer, herunder misbrugsvurdering, cognitive vanskeligheder og muligheder, neurologiske skader og tilbagefaldsindikatorer.

Bruger - , fagfolks- og pårørerendes forventninger og meninger

Tidligere erfaringer om tilknytninger og brud med behandlings-, udviklings- og støttetilbud.

Vudering af risiko og erfaringer med krise- og konflikthåndtering

Der er i denne assessment model indbygget en række områder som det kræver ekspertise at forholde sig til betydningen af. F.eks. risikovurderinger.

Den canadiske model

I Canada har man for nyligt udarbejdet en meget omfattende rapport om 'Best-practice' for mennesker med både sindslidelse og misbrug (Centre for Addiction and Mental Health 2002). De anbefaler både en specialiseret og en integreret indsats. Deres anbefalinger er forskellige for 4 målgrupper. Anbefalingerne er afhængige af om misbruget primært er knyttet til angsttilstande, personlighedsforstyrrelse, langvarige psykotiske lidelser, spiseforstyrrelser eller andre tilstande. Rapporten anbefaler for første at alle brugere 'screenes' for misbrug, da dette er den hyppigst oversete tilstand og som reelt vanskeliggør alle andre tiltag.

De foreslår følgende generelle assessmentstrategi, men har herudover specifikke opmærksomhedspunkter afhængig af hvilken kombination af misbrug og sindslidelse, der er tale om.

Assesment af misbruget og sindslidelsen

Assesment af sammenhængen mellem misbrug og sindslidelse – hønen eller ægget

Assesment af behandlingsmotivation

Psykosocial funktion med speciel opmærksomhed på HIV-risikoen

Herudover anvendes en huskeseddel for, hvad assesmentprocessen skal bidrage med svar på.

Integrationen af indsatsen: Hvor integreret?

Tilbudets omfang: Hvor omfattende?

Tidsbegrænsninger: Hvor længe?

Opsøgende arbejde: Hvor tæt?

Bemanding: Hvor intensiv?

Assesment: Hvor meget?

Fælles handleplan: For hvem?

Kriseplan: Behov?

Stadieafhængig planlægning: Behov og indsats?

Integrerede gruppebehandlingstilbud: Hvilke og hvor mange?

Omfanget af træningsgruppetilbud: Hvilke og hvor mange

Individuelle rådgivningstilbud: Behov for motivationsarbejde/ cognitiv rådgivning?

Tilbud til pårørende: Behov

Medicinsk behandling: Behov

"Ufrivillige" interventioner: Behov

Selvhjælpsgrupper: Behov

Dette er anbefalede områder til best practice omkring dobbeltdiagnosticere i Canada, der er også angivet standarder for god praksis på de enkelte områder. Man kan benchmarke sig(). Det turde være indlysende, at systematisk assesment også stiller krav til omhyggelige beskrivelser af de tilbud, ydelser, og metoder, der er til rådighed.

Konklusion

Der er på mange områder enighed om en række moderne principper for rehabilitering og assesment. Som det fremgår af det foregående kan assesment ske på et generaliseret sagsbehandlerniveau, men også være en højt specialiseret aktivitet. Forudsætningen for at have en højt specialiseret indsats må være, om der foreligger tilstrækkelig specialiseret viden, og at

der er argumenter for at en specialiseret indsats giver bedre resultater end standardbehandlingen. Dette ser ud til at være tilfældet, når det drejer sig om indsatsen for mennesker med både sindslidelse og misbrug.

En anden begrundelse for en specialiseret indsats er en erkendelse af, at de resultater man opnår for en særlig gruppe er under standard f.eks. når der ikke kan tilbydes anvendelige udviklingsmuligheder og/eller en stabil livsform i eksisterende tilbud. For grupper i disse situationer må det give anledning til udvikling- og forsøgsarbejde.

Strukturerede værktøjer til assessment

Assessment er i sin simpleste form kun svar på en række spørgsmål, som det er vigtigt at få svar på i forbindelse med planlægning af en indsats - og til evaluering af resultaterne. I sin komplicerede form omfatter den neuropsykologiske undersøgelser og neuropsykiatriske scanninger. Der er udviklet store mængder af mere eller mindre standardiserede spørgeskemaer og ratingscales. Mange er udviklet til forskningsformål og senere taget i anvendelse som "kliniske redskaber". De kan sikre en systematik i assessmentprocessen, men har en indbygget viden, fordi de stiller spørgsmål, som man ved kan være relevante i en given problemstilling.

Anvendelsen af strukturerede værktøjer stiller krav om viden hos dem, der bruger dem. De skal vide hvorfor et givet spørgsmål er vigtigt og hvad et svar kan pege på. Disse værktøjer stiller også krav til fagfolkene om færdigheder. De skal lære at bruge dem rigtigt. Meget tyder på, at disse krav bedst kan opfyldes i specialiserede miljøer som f.eks. OPUS-programmerne, hvor skemaerne er en integreret del af indsatsen.

Område	Værktøjer	Bemærk-ninger
Generelle tilgange	Strength assesment (Rapp) Client profile checklist (Wilken)	
Funktionsvurdering, daglige færdigheder (living skills), uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder	KABOGA	
Social funktion	Funktionsevne Person-in-Environment System (PIE) IPAS. CLAS	

Psykiatriske symptomer, herunder misbrugsvurdering, cognitive vanskeligheder og muligheder, neurologiske skader og tilbagefaldsindikatorer.	The Alcohol Use Scale or Drug Use Scale ASI
Bruger -, fagfolks- og pårørendes forventninger og meninger	KABOGA, GAS COPM Family burden
Tidligere erfaringer om tilknytninger og brud med behandlings-, udviklings- og støttetilbud.	Livshistorien Mueser SOK
Vurdering af risiko og erfaringer med krise- og konflikthåndtering	IPAS

Dialogbaserede assessmentmetoder: I det følgende peges på nogle værktøjer, der er udviklet specielt til assessmentbrug for den socialpsykiatriske målgruppe. Det drejer sig om CAN og GAS, KABOGA(Bøgelund and Paulsen 2004), IPAS. Det er alle dialogbaserede assessmentværktøjer, hvilket betyder at såvel fagfolks som brugernes vurdering indgår tydeligt i processen, i det omfang det er muligt. Andre fx. pårørendes vurderinger kan også inddrages.

CAN til hjemmeboende er udviklet til dialog om behovet for indsats hos hjemmeboende sindslidende med komplekse sociale behov. Målsætningsdelen mangler og som supplement kan GAS (Goal Attainment Scaling) anvendes. CAN er mindre velegnet til sindslidende uden komplekse sociale behov og mindre velegnet til sindslidende, som bor i særlige boformer.

KABOGA til mennesker i særlige boformer. Der er derfor sket en videreudvikling af CAN med et værktøj, der hedder KABOGA. Dette skema indeholder temaer, som er specielt interessante, hvis man bor i en særlig boform(Bøgelund and Paulsen 2004). Til forskel fra CAN inddrager KABOGA eksplicit en ressourcekortlægning og er integreret med en særlig udgave af GAS.

Indflytningsparathedsskemaet - IPAS er et redskab til matchning af brugere og botilbud og kan anvendes i forbindelse ved komplicerede overgange fra en boform til en anden. Det er specielt udviklet til brug ved udskrivninger af mennesker med langvarig psykotisk symptomatologi til særlige boformer. Formålet med IPAS er, at systematisere den komplicerede tværsektorielle opgave det er at hjælpe den enkelte bruger til finde et match med de bedst egnede botilbud(Jensen 2003).

Ikke dialogbaserede skemaer:

CUES (Carers' and users' expectations of Services) er udviklet af bruger- og pårørendeorganisationer i samarbejde med forskere i England. CUES beskriver 15 områder, hvor man kan forvente hjælp, hvis man har brug for det. Skemaet er altså rettighedsorienteret. Hvordan har man i forhold til rettigheden, hvor tilfreds er man og hvordan vil gerne have situationen ændret. Skemaet minder lidt om en almen CAN.

GAF

HoNOS

Særlige faggruppers specialiserede assessments

Psykologerne: Psykologerne har omfattende testbatterier, der dels kan bidrage til den diagnostiske proces, men som også kan vise stærke og svage side f.eks. kognitive funktioner som kan anvendes i forbindelse med genoptræning og kognitiv terapi.

Ergoterapeuterne: Ergoterapeuterne har aktivitetsanalyser som særligt område, hvor de typisk i brugerens eget hjem finder den optimale sammenhæng mellem hvad brugeren kan/kan lære eller skal kompenseres for.

Fysioterapeuterne: har en række assessments som grundlag for deres arbejde med den kropslive side af en sindslidelse.

Diætisterne: kan analysere kostvaner og udarbejde kostplaner, der kan hjælpe patienter igennem perioder med psykofarmaka, der øger vægten.

Underviserne: Undervisere arbejder med læringsanalyser dvs. de kan foretages assessments, der viser, hvordan en elev bedst lærer.

For faggruppernes vedkommende vil deres assessment tilbud være fungerende, hvor de er ansat i deres funktion som ergoterapeuter etc. og i mindre grad, hvor de er ansat som bostøttemedarbejdere eller kontaktpersoner.

'Caseformulation' som resultat af assessment

Mange interessante forslag til assessment-områder har lidt karakter af smørrebrødsedler uden nogen anvisning af, hvordan alle disse informationer integreres i en sammenhængende forståelse af et menneskes situation. (se ovenstående eksempler)

Løsningen på dette problem kan man finde i begrebet "caseformulation" (CF). CF er en metode, der på baggrund af eksisterende evidens og viden om den aktuelle case integrerer en assessment, der resulterer i en miniteori, der kan forklare, hvordan de konstaterede problemer hænger sammen. Der findes forskellige måder at opbygge CF'er på f.eks. har de psykoanalytisk inspirerede og de kognitivt inspirerede praktikere forskellige former for CF. Vi har valgt at pege på en metode, der tager udgangspunkt i "Developmental Psychopathology", der er en integrativ bio-psycho-social forståelsesramme (sårbarhedsmodellen)(Carr 1999). Det betyder, at miniteorien forklarer, hvorfor de konstaterede problemer har udviklet sig, hvorfor de varer ved, og hvilke beskyttende faktorer, der enten forhindrer dem i at blive værre eller som kan medvirke til at løse dem.

For at konstruere en CF 1)udarbejdes en problemliste som indeholder alle betydende problemer som er konstateret gennem assessment. 2) al betydningsfuld information fra assessment, der kan være årsager (sårbarhedsfaktorer, kontekstuelle risikofaktorer, fremskyndende belastningsfaktorer) trækkes ud, benævnes og listes. 3) al betydningsfuld information, der kan spille en rolle for vedligeholdelse (i personen eller i konteksten) af et eller flere af problemerne kategoriseres . 4)beskyttende faktorer (i personen eller i konteksten) af betydning for indsats og prognose uddrages. Disse prædisponerende, forudgående og vedligeholdende faktorer samles til den mest nyttige og sammenhængende miniteori.

Assessment er afsluttet, når de identificerede problemer og tilknyttede vanskeligheder er klarlagt, når de tilknyttede prædisponerende, forudgående, vedligeholdende og beskyttende faktorer er identificeret,

når en CF er udarbejdet, mulige målsætninger er identificerede og muligheder for intervention er fundet og disse er blevet drøftet med alle involverede parter.

Den etablerede CF er en arbejdst teori og må naturligvis revideres i lyset af de erfaringer, der samles i forløbet.

Etableringen af en sådan teori er et stort arbejde, som stiller store krav til kompetencer, erfaringer og kendskab til den eksisterende viden. I det præsenterede modeksempel er samlet alle forhold, som den aktuelle forskning peger på kan være relevante. En tilsvarende model vil kunne udarbejdes for forskellige målgrupper. En sådan arbejdsform vil være indbegrebet af en specialiseret, integreret, vidensbaseret og individualiseret indsats. Den betydelige indsats, der er forbundet hermed, må retfærdiggøres i lyset af de store omkostninger, der er forbundet med ikke at gøre det.

Konklusionen er at en assessmentstrategi skal kunne anvise, hvordan de enkelte informationer kan integreres meningsfyldt for såvel fagfolk som brugere, men der skal findes et ambitionsniveau, der kan honoreres.

Andre assessment værktøjer og rating scales

Der er en verden af assessmentværktøjer- forskellige faggrupper kan bidrage med værktøjer og viden, nogle af dem er specielt rettet mod den socialpsykiatriske målgruppe, men ikke mange mod de særlige undergrupper i den amtslige socialpsykiatri.

HoNOS har været anvendt som assessmentværktøj i Århus Amt. Andre vil sikkert omtale det værktøj på konferencen.

På misbrugsområdet anvendes ASI, men den egner sig ikke så godt til mennesker med DD.

I forbindelse med recovery-projektet anvender CEPS f.eks. en række ratings, der udelukkende besvares af brugerne.

xxx

xxx

Skal der anvendes systematiske assessments

Fordele og ulemper ved strukturerede assessmentværktøjer.

Dette er en diskussion, der ikke kan gøres færdig her. Blandt fagfolk er der en stigende anerkendelse af betydningen af at udnytte tilgængelig viden både i forbindelse med rehabilitering og recovery. Der er samtidig et stigende krav om dokumentation, der ikke bliver mindre, hvis der er tale om en specialiseret og dyr indsats. Der er også en række mulige svar på, hvad der vigtigt.

Sådan er det ikke alle steder. Der er stadig steder, hvor man hver gang "starter på en frisk" for at slippe for gamle fordomme, men hvor man også ofte overser nytten af en livslang erfaringsopsamling. Der vil også være steder, hvor man simpelthen ikke laver god sagsbehandling.

Der er stadig megen debat om fordele og ulemper ved anvendelse af de mere systematiske assesmentværktøjer. Kritikken retter sig ofte ikke mod deres svar på HVAD? men ofte mod HVORDAN? Og HVEM? Der er undersøgelser som peger på, at brugernes egen assessment's validitet er mindst lige god som forskellige faglige vurderinger - med undtagelse af mennesker med DD.

Der er også debat om de systematiske dialogbaserede redskaber som f.eks. CAN og GAS. Tvivlen knytter sig ofte mere til de involverede fagfolks vurdering end til brugernes vurdering(). Meget utilfredshed med anvendelsen af metoderne hænger efter min vurdering sammen med, at man har overset eller undervurderet kompetencekravene for såvel fagfolk som brugere. Derved får man mange dårlige oplevelser, hvor værktøjet og ikke håndværket får skylden.()

Anvendelsen af assesmentværktøjer til brug for den integrerede og specialiserede socialpsykiatri er en chance, hvis svarene på hvad, hvordan og hvem, kan demonstrere, at anvendelse af dem kan bidrage til levende handleplaner og succes for brugerne.

Sammenfattende

Som det er fremgået vil der være en bred rehabiliteringsindsats som kan have glæde af den brede assesment tilgang som f. Eks. CARE –modellen. Der er imidlertid målgrupper, der har behov for en stærkt specialiseret, integreret og individualiseret rehabiliteringsindsats. Her vil der være særlige krav til en gennemtænkt assesmentproces, der kan involvere alle aktører i et recovery-orienteret samarbejde.

Målgrupperne for den integrerede specialiserede socialpsykiatri er kendetegnede ved meget **sammensatte behov, der ligesom motivationen for udvikling (recovery) og behandling varierer stærkt over tid. Dette stiller særlige krav til uden tøven at kunne tilpasse indsatsen til den aktuelle situation.**

En forudsætning for at kunne tilrettelægge indsatsen vil være at kunne få øje på sociale, kognitive, indlæringsmæssige, fysiske ressourcer, som ikke er lette at få øje på.

Der er derfor behov for let tilgængelige muligheder for systematisk udredning af såvel det psykiatriske, somatiske, psykologiske og sociale problemkompleks. Det er en opgave, som bedst kan løses i en integreret psykiatri med adgang til de mange muligheder for specialiseret udredning

Udredninger og behovsafdækninger foregå i samarbejde med brugeren gennem løbende kortlægning af problemområder, ressourcer og resultater. De danner baggrund for en integreret plan, der binder indsatsen sammen.

Der kan ikke fastlægges standardiserede udredningsprocesser, datilrettelæggelsen af disse netop aftales med brugeren og tilpasses den aktuelle situation. Det stiller krav om et bredt tilbud af muligheder - som netop vil være tilgængelig i en integreret psykiatri .

Det foreslås i forlængelse heraf, at der etableres analyseteams med overblik over mulighederne som i samarbejde med bruger og f.eks. kontaktperson kan trække på læge/psykiater, socialpædagog/socialrådgiver, diætist, fysioterapeut, ergoterapeut samt psykolog. På baggrund af den foretagne udredning og evt. caseformulering har teamet til opgave at sikre et match mellem den aktuelle brugers behov og det specialiserede tilbud. Det faste analyseteam vil opbygge en særlig kompetence i udredning af komplekse problemstillinger samt indsigt i, hvorledes brugernes behov bedst tilgodeses – det bliver som at komme til rejsebureau med sine ønsker og sine ressourcer og få

lagt sig en plan som man tror på, få billetterne udstedt og sikkerhed for, at man ikke bliver kørt rundt med af taxa-chauffører på vejen.

Litteratur som vi kom forbi

Bertolote J, Saraceno B, eds. Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement. Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization (WHO). Geneva: WHO, 1996.

Gittleman M, "Psychosocial Rehabilitation for the Mentally Disabled: What have we learned?" Psychiatric Quarterly. 68(4), 393-406, 1996.

International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRS). An Introduction to Psychiatric Rehabilitation. Columbia, MD, 1994.

Lieberman R. ed. Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients. Washington; American Psychiatric Press, 1988.

Mueser K, Drake R, Bond G. "Recent Advances in Psychiatric Rehabilitation for Patients with Severe Mental Illness." Harvard Review of Psychiatry. 5(3), 123-137, 1997.

VHA Clinical Guidelines: Management of Persons with Psychosis, Module L, on Psychosocial Rehabilitation (initial publication, June 13, 1997). **NOTE:** *This is available at VHA libraries and on the VA Intranet, Mental Health website (<http://vawww.mentalhealth.med.va.gov>).*

Mueser, K.T. Cognitive impairment, symptoms, social functioning, and vocational rehabilitation in schizophrenia. Paper Presentation, 8 th Keio University International Symposia for Life Sciences and Medicine: Comprehensive Treatment of Schizophrenia: Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches, Tokyo, Japan, June 2000

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders: Effective Intervention for Severe Mental Illness and Substance Abuse. New York: Guilford Press.

Referencer

Bøgelund, P. and K. Paulsen (2004). KABOGA - Et handleplansredskab til borgere med en sindslidelse, der bor i botilbud. København, Videnscenter for Socialpsykiatri: 100.

Carr, A. (1999). The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology - A Contextual Approach. London, Routledge.

Centre for Addiction and Mental Health (2002). Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Ottawa, Ontario.

- Cope, S., S. Davenport, et al. (2004). *Rehabilitation and recovery now*. London, Royal College of Psychiatrists: 22.
- Jensen, I. (2003). IPAS Indflytningsparathedsskema. Et redskab til matchning af brugere og botilbud. Aarhus, Center for Evaluering: 19.
- Jensen, L., K. R. Raun, et al. (2002). Funktionsevne metoden: Håndbog i metode for god sagsbehandling ved vurdering af nedsat funktionsevne som grundlag for tildeling af handicapkompenserende ydelser efter Servicelovens bestemmelser. København, Socialministeriet: 97.
- Juliussen, F. B. (2004). Forudsætninger for godt handleplansarbejde - erfaringer fra handleplansnetværket PLANET. København, Videnscenter for Socialpsykiatri: 110.
- Liberman, R. P., Ed. (1991). *Handbook of psychiatric Rehabilitation*. Elmsford, NY, Pergamon.
- Ramian, K. (1998). "Kvalitet i handleplaner." *Socialpsykiatri* 1(6): 16-22.
- Rapp, C. A. (1997). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York, Oxford Press.
- Wilken, J. P. and D. d. Hollander (2005). *rehabilitation and recovery A Comprehensive Approach*. Amsterdam, SWP publishers.