

**Erfaringer med at anvende assessmentredskaber
til afklaring og målrettet indsats
til psykisk syge med misbrug.**

PSYKIATRIEN
I ÅRHUS AMT 

fremover
Region Midtjylland

Et bedre indblik og en bedre indsats
- erfaringer med at anvende assessmentredskaber
til afklaring og målrettet indsats
til psykisk syge med misbrug.

Atriumhuset
Socialpsykiatrisk botilbud

Rapporten er udarbejdet af:
faglig koordinator Dorte Elleby
Atriumhuset
Gøteborg Allé 8
8200 Århus N.
Tlf. 77896120

Rapporten kan downloades fra
<http://www.regionmidtjylland.dk>

Tryk: Trykkeriet på Psykiatrisk Hospital i Risskov

December 2006

Indholdsfortegnelse:

Forord	6
Resumé	7
1. Introduktion til projektet	9
1.1 Projektets formål	9
1.2 Projektets mål	10
1.3 Rapportens indhold	10
2. Projektets metoder	12
2.1 Organisering af projektet	12
2.1.1 Atriumhuset	12
2.1.2 Følgegruppe	12
2.1.3 Projektleder	12
2.1.4 Projektgruppe	13
2.1.5 Eksterne konsulenter	13
2.2 Økonomi	14
2.3 Tidsplan og aktiviteter i projektet	14
2.4 Målgruppen	16
2.5 Assessmentredskaber – generelt	17
2.5.1 KANBO	18
2.5.2 ASI - Addiction Severity Index	19
2.5.3 Motivationsundersøgelse	20
2.5.4 PANSS - Positive And Negative Syndrome Scale	20
2.5.5 M.I.N.I. - Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview	21
2.5.6 Hamiltons Depressions Skala	22
2.5.7 NEO PI-R - NEO Personality Inventory-Revised	23
2.5.8 MCMI III - Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3.udgave	23
2.6 Kognitiv undersøgelse – generelt	25
2.6.1 Opmærksomhed	25
2.6.2 Hukommelse	26
2.6.3 Eksekutive funktioner	26
2.6.4 Afklaring af neuropsykologiske dysfunktioner	26
2.6.5 Neuropsykologisk interview	27
2.6.6 WCST - Wisconsin Card Sorting Test	27
2.6.7 d 2 Test	27
2.6.8 AVLT - Auditory Verbal Learning Task, Reys 15 ord	27
2.6.9 Talspændvidde	28

2.7	Gennemførelsen af interview/undersøgelse	28
2.7.1	Oplæring af medarbejdere	28
2.7.2	Vedligeholdelse af opkvalificering	29
2.7.3	Forberedelse af beboerne	29
2.7.4	Rammer omkring undersøgelsen	30
2.7.5	Barrierer omkring undersøgelsen	31
2.7.6	Tilbage melding til beboeren	32
2.8	Vidensdeling af undersøgelsesresultater	33
2.8.1	Formidling af KANBO og ASI	33
2.8.2	Overvejelser og strategier i ft. fremlæggelser	33
2.8.3	Kompendium med resultater	35
2.8.4	Database	35
2.8.5	Ambassadører	36
2.9	Implementering af undersøgelsesresultater i praksis	36
2.9.1	Kontaktpersonernes ansvar	37
2.9.2	Teammøder	37
2.9.3	Undervisning for alle medarbejdere	38
3.	Erfaringsopsamling og resultater	39
3.1	Opkvalificering af afklaringsfasen	39
3.1.1	Opkvalificering af medarbejdere	40
3.1.2	Vurdering og valg af egnede assessment redskaber	40
3.2	Gennemførelsen af interview/undersøgelse	41
3.2.1	Beboernes oplevelse	41
3.2.2	Medarbejdernes oplevelse	43
3.3	Undersøgelsesresultater	43
3.3.1	Afklaring af grad af psykopatologi	44
3.3.2	Kognitiv funktion	44
3.3.3	Diskussion	46
3.4	Vidensdeling af undersøgelsesresultater	47
3.4.1	Større viden om beboerne	48
3.4.2	Viden til gavn for relationsarbejdet	49
3.5	Implementering af undersøgelsesresultater i praksis	49
3.5.1	Eksempler fra medarbejderne	49
3.5.2	Analyse af fremmere og hæmmere i implementeringsfasen	50
3.5.3	Opsummering	51
3.6	Styrkelse af dokumentations- og evalueringsdel	51

3.6.1 Database og kompendium	51
3.6.2 Evaluering af indsats	51
3.7 Andre resultater	52
4. Afslutning	53
4.1 Anbefalinger	53
4.1.1 Til projektmagere generelt	53
4.1.2 Anvendelse af assessmentredskaber	53
4.2 Perspektivering	54
Litteraturliste	56
Bilag	
Motivationsundersøgelse "Overvejelser omkring brug af alkohol"	58
Motivationsundersøgelse "Overvejelser omkring brug af stoffer"	59
Informationsmail	60
Vejledning - omsætte resultater til strategi/metode	61
HUSK DD-resultater - 3 hjælpespørgsmål	63
Spørgsmål til brugerundersøgelse	64

Forord

Det er længe siden, det første frø til dette projekt blev sået - at anvende assessmentredskaber i et socialpsykiatrisk botilbud, - hvilket ikke var "almindeligt" da.

Assessmentredskaber har mange navne: vurderingsinstrumenter, undersøgelsesinstrumenter, spørgeskemaer, strukturerede interviews og tests. Især ordet "test" vækker ofte modstand i visse kredse indenfor socialområdet. Vi har også i Atriumhuset haft vores skepsis i forhold til, om det ville være muligt at anvende assessmentredskaber med respekt for stedets kultur og dagligdag.

Nu sidder vi med denne afsluttende rapport. Det har været en meget spændende og lærerig proces for os. Vi har fået mange brugbare erfaringer og resultater med. Her i rapporten er der bud på:

- Hvilke assessmentredskaber, der kan bruges til personer med svær psykisk lidelse og misbrug.
- En model for anvendelse af assessmentredskaber og anvendelse af resultaterne i en socialpsykiatrisk kontekst.
- Hvordan det sociale arbejde kan kvalitetsudvikles og målrettes den enkelte bruger ud fra en viden om vedkommendes ressourcer og problemstillinger.

Assessmentredskaber skal ses som en særlig del af det sociale arbejde! Dermed også sagt, at denne rapport kun beskriver et uddrag af dagligdagen og personalets indsats i Atriumhuset.

Tak til:

- Atriumhusets beboere, som har stillet op til alt det nye, på trods af vores lidt usikre forsøg i starten.
- Atriumhusets medarbejdere, som har givet plads til projektgruppen har kunnet arbejde, samt deres interesse for at modtage og bruge vores erfaringer og resultater.
- Atriumhusets ledelse - afdelingsleder Mette Krøyer og forstander Niels Schwartz ved Socialpsykiatri Århus Centrum/Nord.
- Overlæge Lars Merinder, psykolog Søren Søberg Hansen og psykolog Eline Hyldager fra Team for Misbrugspsykiatri for ideen og deltagelse i projektet som både undervisere, sparringspartnere og eksperter.
- Konsulent Mette Bo Christensen fra Kvalitets- og Udviklingsafdelingen, Psykiatrien i Århus Amt for sparring og assistance til at sikre vidensopsamling undervejs og formidlingen af denne.
- Socialministeriet for bevilgelsen af 630.000kr. til projektet, samt tilladelsen til at forlænge projektet til 3 år.

Socialpsykiatri Århus Centrum/Nord
Atriumhuset
d. 30.november 2006

Dorte Elleby
Faglig koordinator

Resumé

Formålet med projektet var at opkvalificere afklaringen af den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger, samt styrke dokumentations- og evalueringsdelen i det socialpsykiatriske botilbud Atriumhuset i Psykiatrien i Århus Amt.

Målgruppen i Atriumhuset var og er personer med svær psykisk lidelse og et misbrug.

Projektperioden var 2004 -2006.

Projektets mål blev nærmere konkretiseret som følgende:

- Afprøve, udvælge og implementere egnede assessmentredskaber til gruppen af svære dobbeltdiagnose brugere med henblik på at afklare den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger.
- Vidensdeling af undersøgelsesresultaterne og implementering af disse til en kvalitetsudvikling af praksis.
- Udvikling af en database til opsamling og bearbejdning af data fra assessmentredskaberne.

Vi har nået vores mål, og de fleste af vores antagelser er blevet bekræftet:

- Afklaringen af den enkelte beboer er blevet opkvalificeret ved anvendelsen af assessmentredskaber.
- Afklaringen er blevet hurtigere og grundigere med en øget viden om beboeren som resultat.
- Den større viden om den enkelte beboer betyder, at vi kan sammensætte en mere individuel tilpasset indsats - med realistiske mål og anvendelige/evidensbaserede strategier/metoder i ft. personens evner og problemstillinger.
- Der har foregået en vidensdeling med de øvrige medarbejdere i Atriumhuset, og en stor del af resultaterne er blevet indarbejdet i den daglige praksis.
- I nogle tilfælde har undersøgelsesresultaterne givet en forklaring på, hvorfor den tidligere indsats gav ringe effekt.
- En øget viden har dog ikke automatisk medført mere bevidste valg af metoder hos alle medarbejdere, da ikke alle har de fornødne kompetencer. Der skal fortsat arbejdes på, at implementeringen af resultaterne udvides og fastholdes.
- Dokumentations- og evalueringsdelen er styrket ved dels anvendelse af assessmentredskaber, der kan måle forandring over tid, og dels ved opbygningen af databasen. Over tid vil dokumentations- og evalueringsdelen blive styrket yderligere i kraft af det fortsatte arbejde med implementering og ved øget fokus på bedre beskrivelser af metoder og strategier i indsatsen.

Endvidere har vi fundet nedenstående:

Rammer og kompetencer ved brug af assessmentredskaber:

- Medarbejderne bør kun lære ét assessmentredskab ad gangen, samt efter et oplæringskursus have et minimum på 4 træningsmuligheder for at sikre en rimelig standard i udførelsen.
- Jo bedre medarbejderen kender assessmentredskabet, jo lettere er det at

motivere en bruger til deltagelse.

- Anvendelse af assessmentredskaber overfor målgruppen psykisk syge med misbrug kræver fleksibilitet i tid og rammer.

Brugernes oplevelse ved brug af assessmentredskaber:

- De fleste brugere oplever det positivt at deltage ved interviews/undersøgelser (eks. tid og opmærksomhed, lærer nyt om sig selv, hjælp til at forklare symptomer).
- Nogle brugere oplever det negativt at deltage (eks. dumme spørgsmål, irrelevant, for hårdt). En sådan modstand mod assessmentredskaber ses ofte sammen med en generel modstand mod behandling.

Undersøgelsesresultater:

- I ft. psykotiske symptomer befinder denne gruppe brugere sig statistisk i den mest belastede fjerdedel af personer med skizofreni.
- Ca. 2/3 af brugerne har udover den primære svære psykiske lidelse også en depression og/eller angstlidelser. Nogle har endda flere typer af angstlidelser.
- 43 % har haft alvorlige hovedtraumer og/eller en vanskelig fødsel, hvilket kan betyde kognitive vanskeligheder og øget risiko for udvikling af psykisk sygdom.
- I beboergruppen ses en stor spredning i ft. kognitive evner. Ca. 1/3 af beboerne har meget svære kognitive vanskeligheder, herunder problemer med eksekutivfunktion; en anden tredjedel har rimeligt intakte kognitive evner.
- Tendens til konfabulation hos en betydelig del af brugerne, hvilket kan være et tidligt symptom på Korsakoffs syndrom hos dem med et stort alkoholforbrug.

Undersøgelsesresultaternes samspil med kliniske erfaringer:

- Undersøgelsesresultaterne underbygger ofte de kliniske erfaringer og giver dem således større vægt.
- En del resultater bekræfter eksisterende formodninger, eller sætter ord på tavs viden ved personalet. Med denne verbalisering bliver det dokumenteret og anvendelig viden for alle.
- Yderligere er fremkommet helt ny viden, der bibringer medarbejderne en bedre forståelse for brugerens adfærd, samt peger på brugbare metoder.
- Implementering af undersøgelsesresultater skal følges kontinuerligt over tid med struktur til drøftelser og erfaringsudveksling, samt evt. suppleres med undervisning.

1. Introduktion til projektet

Projektet var tilknyttet Atriumhuset - et socialpsykiatrisk botilbud under Århus Amt for personer med svære psykiske lidelser og misbrug.

Husets koncept byggede på, at en individuelt tilpasset behandlingsindsats skulle vælges på basis af en brugers ressourcer og problemstillinger. Første fase af vores indsats var derfor en afklaringsfase, hvor den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger blev grundig klarlagt, dels ved at samle eksisterende viden og dels ved nærmere undersøgelser.

Til dette blev vi anbefalet brug af assessmentredskaber af Team for Misbrugspsykiatri. I socialpsykiatrien havde vi ikke tradition for at bruge assessmentredskaber, men vi var nysgerrige og stillede os disse spørgsmål:

- Hvordan kan assessmentredskaber anvendes til denne målgruppe?
- Hvordan kan vi som et socialpsykiatrisk tilbud bruge assessmentredskaber?
- Vil beboerne i deres hjem være med til at blive undersøgt med tests, spørgeskemaer og interviews, hvor vi skriver deres svar ned?
- Hvor mange assessmentredskaber, er det rimeligt at byde den enkelte beboer?

Hvis det kunne lykkes at bruge assessmentredskaber til målgruppen, havde vi følgende antagelser:

- Afklaringen vil kunne gennemføres hurtigere og grundigere.
- Undersøgelsesresultaterne vil øge medarbejdernes viden om beboerne.
- Samlet vil undersøgelsesresultaterne kunne betyde et mere fagligt begrundet og bevidst valg af strategier og metoder hos medarbejderne, og der kan opnås en mere adækvat og kvalificeret behandlingsindsats overfor den enkelte beboer.
- Nogle af undersøgelsesresultaterne vil måske give bud på, hvorfor nogle beboere har meget ringe effekt af den hidtidige indsats.
- Resultaterne kan i nogle tilfælde være nødvendig viden i forhold til at undgå urealistiske mål for indsatsen. Det vil øge personalets chancer for at opleve effekt af deres indsats, og mindske risikoen for frustration og udbrændthed.

1.1 Projektets formål

Det var projektets formål at udvikle og understøtte det socialpsykiatriske botilbud, Atriumhuset, for personer med en psykisk lidelse og et svært misbrug gennem:

- 1) en opkvalificering af indsatsen i afklaringsfasen, samt
- 2) en styrkelse af dokumentations- og evalueringsdelen.

1.2 Projektets mål

Det var projektets mål:

- At afprøve, udvælge og implementere egnede assessmentredskaber til gruppen af svære dobbeltdiagnose brugere med henblik på at afklare den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger.
- At opnå vidensdeling af undersøgelsesresultaterne og implementering af disse til en kvalitetsudvikling af praksis.
- Udvikling af en database til opsamling og bearbejdning af data fra assessmentredskaberne.



Fig. 1. Oversigt over etaper i projektet.

Figuren viser kronologisk rækkefølge for projektets etaper. Undervejs i projektet blev målene udviklet til også at have fokus på de led, der ligger mellem afklaring, dokumentation og evaluering, - først vidensdeling af de svar, der kom fra assessmentredskaberne, og dernæst implementering af den ny viden i praksis/behandlingsindsatsen.

Selvom disse opgaver ikke var beskrevet eller opstillet som mål fra starten, prioriterede vi dem højt, da vi vurderede dem som nødvendige for at opnå en reel udvikling af vores indsats overfor beboerne.

1.3 Rapportens indhold

Rapporten beskriver processen med vores overvejelser, metoder og erfaringer undervejs, samt beskriver projektets resultater. Resultaterne dækker både resultater set i lyset af formål og mål, samt resultater fra projektets delelementer og de konkrete undersøgelsesresultater, som fremkom ved assessmentredskaberne. Der beskrives ikke blot succeser og positive resultater, men også svagheder og faldgruber. Det skal dog pointeres, at ikke alle erfaringer/resultater er dokumenterede; en del er blot baseret på vores egne subjektive oplevelser.

Kapitel 1 præsenterer baggrunden for projektet, herunder vores nysgerrige spørgsmål og antagelser. Dernæst præsenteres projektets formål og mål.

Kapitel 2 præsenterer de faglige overvejelser i forhold til valgte metoder, metodernes udformning, samt vores erfaringer og justeringer af den enkelte metode undervejs. Her er især lagt vægt på at beskrive de enkelte assessment redskaber, gennemførelsen af interview/undersøgelse, vidensdeling og implementering af undersøgelsesresultater.

Kapitel 3 beskriver de enkelte metoders resultater, generelle undersøgelsesresultater fremkommet ved brug af assessmentredskaber, samt resultater set i lyset af projektets formål

og mål. Nogle forankringstiltag præsenteres også.

Kapitel 4 skitserer nogle anbefalinger til andre, der ønsker at lave projekt og/eller anvende assessmentredskaber. Perspektiveringsafsnittet beskriver, hvad der kan være næste udviklingsskridt i Atriumhuset i kølvandet på projektet, samt tanker om hvorledes anvendelsen af assessmentredskaber kan udbredes til flere steder i psykiatrien.

Rapporten er skrevet primært af projektleder Dorte Elleby med input fra projektgruppens medlemmer. Afsnit 3.3 Undersøgelsesresultater er dog skrevet udelukkende af psykolog Søren Søberg Hansen fra Team for Misbrugspsykiatri.

2. Projektets metoder

2.1 Organisering af projektet

2.1.1 Introduktion til Atriumhuset

Projektet er foregået i Atriumhuset, et socialpsykiatrisk botilbud under Århus Amt med plads til 14 personer med en svær psykisk lidelse og et misbrug. Stedet er specialiseret til denne målgruppe, og modtager derfor de mest belastede brugere inden for denne kategori.

Organisatorisk er stedet tilknyttet Socialpsykiatri Århus Centrum/Nord.

Atriumhusets målsætning er at afklare og reducere beboerens psykiatriske, misbrugsrelaterede og sociale problemer. Atriumhusets grundlæggende koncept deler indsatsen op i faserne: afklaring, behandling, samt udslusning og efterværn.

Personalegruppen er tværfagligt sammensat af en afdelingsleder, en faglig koordinator, 14 basisedarbejdere og 2 natarbejdere. De 14 basisedarbejdere, der varetager kontaktpersonsfunktionerne, er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, ergoterapeuter, socialrådgivere, en fysioterapeut og en psykolog. De fleste med lang arbejds erfaring bag sig.

Der er personale dækning døgnet rundt.

2.1.2 Følgegruppe

Der blev nedsat en følgegruppe til projektet, som havde til opgave at sikre projektet blev holdt inden for de aftalte rammer, samt give løbende sparring.

Følgegruppens medlemmer var alle ansat under Psykiatrien i Århus Amt, og gruppens sammensætning var:

Kvalitets- og Udviklingsafdelingen

- konsulent Mette Svarre (1.8.03 - 1.10.04)
- konsulent Mette Bo Christensen (1.10.04 - 31.12.06)

Team for Misbrugspsykiatri

- overlæge Lars Merinder
- psykolog Søren Søberg Hansen
- psykolog Eline Hyldager (fra april 2005 og frem)

Socialpsykiatri Århus Centrum/Nord

- forstander Niels Schwartz
- afdelingsleder i Atriumhuset Mette Krøyer
- faglig koordinator Dorte Elleby

2.1.3 Projektleder

Dorte Elleby havde som faglig koordinator normalt til opgave bl.a. at understøtte implementering af eksisterende og nye faglige opgaver, metoder m.v.

I dette projekt varetog hun derfor projektlederfunktionen med opgaver som planlægning, koordinering, implementering, erfaringsopsamling og formidling.

2.1.4 Projektgruppe

Foruden faglig koordinator valgtes i huset 5 medarbejdere ud af den samlede personalegruppe til at varetage projektet. Fordelen ved kun at inddrage nogle af medarbejderne var klart både økonomiske i forhold til mindre frikøb og flere træningsmuligheder for den enkelte medarbejder. Modsat kunne der være en risiko for, at projektgruppen ville blive "en isoleret ø" i institutionen, samt at de øvrige medarbejdere ikke ville få ejerskab for anvendelsen af assessmentredskaber.

Medarbejderne blev ikke aflønnet af projektmidlerne, men skulle varetage opgaverne i forbindelse med projektet inden for deres normale arbejdstid. Der viste sig dog undervejs et behov for, at den enkelte medarbejder i perioder kunne trække sig fra andre opgaver eller arbejde hjemme med scoring og tolkning af undersøgelsesresultater.

Forinden blev stillet følgende forventninger til projektmedarbejderne:

- oplæring i forskellige assessmentredskaber
- afprøve assessmentredskaberne i praksis
- deltage i erfaringsopsamling
- fungere som "ambassadører" for projektet.

De fem medarbejdere, der blev valgt, havde alle forinden udtrykt interesse for at være med. Desuden repræsenterede gruppens medlemmer kriterier som forskellige faggrupper, de to teams, samt forskellige tanker/forbehold for projektet.

Projektgruppens sammensætning:

Atriumhuset

- faglig koordinator Dorte Elleby (projektleder)
- sygeplejerske Nina Bundgaard
- fysioterapeut Anne Lippert
- psykolog Hanne Skyum
- pædagog Shahram Ranjbar
- pædagog Jens Laudal

Team for Misbrugspsykiatri

- psykolog Søren Søberg Hansen
- psykolog Eline Hyldager

2.1.5 Eksterne konsulenter

Fra starten blev psykolog Søren Søberg fra Team fra Misbrugspsykiatri tilknyttet til projektgruppen som ekstern konsulent. Senere tilknyttedes også psykolog Eline Hyldager fra Team fra Misbrugspsykiatri. De havde begge flere års erfaring med assessmentredskaber i forhold til målgruppen, og skulle fungere som interviewere, undervisere, samt tolke og

videreformidle undersøgelsesresultater gennem forløbet.

Der udover blev der undervejs hyret konsulenter som undervisere i afgrænsede emner i forbindelse med projektet.

Alle eksterne konsulenter blev aflønnet på timebasis med projektmidler.

2.2 Økonomi

Der blev oprindeligt ansøgt om og bevilget midler (kr. 630.000) til en to-årig projektperiode (2004-2005). Projektperioden blev senere udvidet med et år (2006), da projektet var blevet forsinket, og der stadig var en del penge tilbage.

I budgetansøgningen til Socialministeriet var ikke medregnet udgifter til frikøb af personale/vikarudgifter. Det viste sig at være en stor post, som skulle betales ud af eget driftsbudget, hvilket satte nogle begrænsninger særligt i forbindelse med fremlæggelser og implementering af undersøgelsesresultater.

2.3 Tidsplan og aktiviteter i projektet

Da det var et udviklings-/afprøvningsprojekt, blev der lagt en overordnet ramme fra starten, og den mere detaljerede planlægning skete undervejs ud fra behov og erfaringer.

Rammen bestod i gennemførelsen af 2 runder med assessmentredskaber. Formålet med den første runde var afklaring af den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger. Anden runde skulle primært fungere som en måling på forandring (forværring eller forbedring af symptomer).

Tidsperiode	Aktivitet
Forår 2004	Valg af instrumenter
Marts 2004	Introduktion for personalet, udvælgelse af projektgruppe
Maj- august 2004	Oplæring af personale i brug af 3 assessmentredskaber, - KANBO, ASI og motivationstest
Maj - august 2004	Pilot afprøvning af kognitive tests udføres af ekstern psykolog
September 2004 - marts 2005	Afklaring: 1.runde med afklaring af beboere ed det samlede program af udvalgte assessmentredsskaber
September 2004	Intern psykolog oplæres i 4 kognitive tests
Marts - juni 2005	Vidensdeling: fremlæggelser af første rundes undersøgelsesresultater omkring den enkelte beboer
Juni 2005 og frem	Implementering: - omsætte resultater til strategi og praksis
August 2005	Tilbagemeldinger til beboerne vedr. undersøgelsesresultater
August 2005	2 projektmedarbejdere oplæres i PANSS
Oktober 2005	Intern psykolog certificeres i MCMI-III
August - nov. 2005	2.runde: måling på forandring efter indsats

Tidsperiode	Aktivitet
December 2005	Vidensdeling: Fremlæggelser af a anden rundes resultater omkring den enkelte beboer
Februar 2006	Temadag for alle medarbejdere: formidling af projektets resultater set ift. den samlede beboergruppe, og deraf anbefalinger for indsats og udviklingsområder
Januar - maj 2006	Afklaring af 5 nye beboere
Marts - maj 2006	Vidensdeling: fremlæggelse af undersøgelsesresultater omkring de 5 nye beboere
Marts 2006	Undervisning af alle medarbejdere omkring at arbejde med svære kognitive vanskeligheder
April - november 2006	Erfaringsopsamling, rapportskrivning
August - nov. 2006	Fokus på implementering, analyse

Tabel 1. Projektets aktiviteter.

Tabellen er en oversigt over projektets aktiviteter i nogenlunde kronologisk rækkefølge. Den oprindelige organisering betød, at alle beboere skulle gennem hele afklaringsprogrammet, inden vi startede fremlæggelser af resultater for personalet. Det viste sig langt henne i den første runde, at det var uhensigtsmæssigt. Afklaringen tog længere tid end beregnet for en del beboere, og fremlæggelserne blev derfor forrykket. Yderligere forsinkelse kom af, at mange personaler afholder ferie i april, og fremlæggelserne måtte udskydes til maj og juni 2005. Dermed blev nogle resultater fra de første undersøgelser og interviews næsten uaktuelle, inden de blev fremlagt for personalet. Et andet problem var, at projektgruppen mistede gejsten for projektet i den periode, hvor de selv var færdige med gennemførelsen, men måtte vente 2-4 måneder på at høre de øvrige resultater. Forsinkelsen betød ligeledes, at selve implementeringen af resultaterne faldt oven i sommerferieperioden. Det var ikke realistisk at gennemføre i en sommerperiode, og blev derfor reelt først startet i august.

Vi havde oprindeligt forestillet os, at 2. rundes måling skulle vise os effekten af, at resultater fra første runde var omsat til praksis. Men da implementeringen af 1.rundes resultater reelt kom til at foregå samtidig med gennemførelsen af anden runde, viste målingen os i stedet forandringer på basis af vores normale/oprindelige indsats overfor den enkelte beboer.

Der blev undervejs foretaget flere justeringer og evt. nye tiltag på grund af uforudsete barrierer og behov, f.eks.:

- mange aflysninger fra beboernes side,
- kollision med husets andre aktiviteter og personalets ferieperiode,
- manglende viden hos basismedarbejderne i forhold til at omsætte resultater til ny strategi/praksis.

Disse justeringer vil blive beskrevet nærmere i de følgende afsnit i forbindelse med vores erfaringer gennem projektet.

2.4 Målgruppen

Dette er en beskrivelse af Atriumhusets målgruppe, som den så ud i projektperioden. Det er samtidig en beskrivelse af projektets målgruppe, da det var meningen, at alle beboere i Atriumhuset i projektperioden skulle deltage i projektet.

Målgruppen er, udover den psykiske lidelse og misbruget også belastet af tilstødende problemstillinger, f.eks omkring socialt netværk, kognitive vanskeligheder, uhensigtsmæssig adfærd, økonomi og kriminalitet.

De fleste af beboerne har en skizofreni-diagnose, enkelte har en diagnose indenfor personlighedsforstyrrelsesområdet, og enkelte har endnu ikke en afklaret diagnose. Misbruget er ved indflytning af en sådan grad, at den psykiske lidelse og/eller andre problemstillinger belastes yderligere. Det er for de fleste beboere et blandingsmisbrug bestående primært af alkohol og hash, som i perioder suppleres med piller, amfetamin og/eller heroin.

De fleste af beboerne har svært ved at administrere deres økonomi, og flere kommer ud i kriminalitet p.g.a. deres misbrug.

Deres sociale netværk består typisk af andre beboere i Atriumhuset, andre brugere af rusmidler, samt nogle enkelte har kontakt til deres familie.

Både den psykiske lidelse, medicineringen, misbruget og tidlige traumer kan medføre kognitive vanskeligheder, som f.eks. dårlig korttidshukommelse, svækket opmærksomhed og manglende evne til planlægning og gennemførelse af handlingsforløb.

Aldersgruppen var fra 23 - 45 år.

Det var fra starten beregnet, at Atriumhusets daværende 14 beboere skulle være projektets målgruppe. Men fra vi startede undersøgelserne med assessmentredskaber og i løbet af de næste 7 måneder var der 5 udflytninger. Dermed er de oprindelige 14 blevet reduceret til 9 personer, som har været med i projektet hele vejen.

Undersøgelserne med de 5 nye beboere blev først startet op efter afslutningen af 2. runde, da vi i første omgang ikke havde regnet med at nå det i selve projektperioden.

Vi valgte, at de nye kun skulle igennem én runde (afklaring med assessmentredskaber og implementering af resultater). Med vores erfaringer vidste vi, at der var behov for minimum et år mellem resultatfremlæggelse fra første runde og til en opfølgende måling på forandring foretages. Med forsinkelse og de første erfaringer med anvendelse af assessmentredskaber mente vi ikke, det kunne nås i projektperioden.

Konsekvenserne af denne udskiftning i målgruppen var, at vi kun fik resultater vedr. forandringer over tid for 2/3 af beboerne. Der imod fik vi muligheden for straks at indarbejde erfaringer fra den første runde og afprøve de nødvendige justeringer overfor de 5 nye beboere.

Næste side:

Tabel 2. Fordelingen af beboere i 1. og 2. runde.

værelse/beboer	1	2a	2b	3	4	5a	5b	6a	6b	7a	7b	8	9	10	11	12a	12b	13	14
1. runde efterår 2004	x	x		x	x	x		x		x		x	x	x	x	x		x	x
2. runde efterår 2005	x			x	x							x	x	x	x			x	x
1. runde vinter 2005/06			x				x		x		x						x		

Tabellen viser en oversigt over hvilke beboere, der har deltaget i 1., 2. eller begge runder med assessmentredskaber i projektet.

Tallene i øverste lodrette række henviser til værelsesnumre (og tilknyttet beboer), og et evt. bogstav viser, der har været udskiftning på pågældende værelse i projektperioden.

2.5 Assessmentredskaber - generelt

Assessmentredskaber er strukturerede og validerede instrumenter til vurdering af et bestemt problemområde, - også kaldet undersøgelsesinstrumenter. Ved hjælp af et assessmentredskab sikres, at et problemområde gennemgås grundigt og efter den samme form (samme spørgsmål eller en opgave) hver gang uanset hvilken medarbejder, der står for undersøgelsen. Forinden kræver det dog en vis oplæring i at bruge det enkelte redskab omkring spørgeteknik og scoring. De diagnostiske redskaber må kun udføres af psykologer eller psykiatere.

Denne måde at indsamle oplysninger vil typisk gå hurtigere, end ved almindelig klinisk observation og undersøgelse. Resultater fra assessmentredskaber skal dog altid være et supplement til det kliniske arbejde. Igennem en sammenligning af resultaterne med de kliniske observationer kan man vurdere værdien af undersøgelsesresultaterne. Ligesom det bliver muligt at se, hvilke observationer og erfaringer fra det kliniske arbejde, som vi ikke har tillagt tilstrækkelig opmærksomhed. Resultaterne vil dermed være en berigelse til det kliniske arbejde, dels som dokumentation af observationer og erfaringer, og dels til at af- eller bekræfte formodninger/hypoteser, der er fremkommet i vores kliniske arbejde.

Nogle af assessmentredskaberne giver mulighed for at give et billede af, om der er sket en forandring på det pågældende område over tid. Før og efter en indsats måles på udvalgte parametre, som kan være graden af psykotiske symptomer, graden af depression, samt misbrugets belastningsgrad på helbred, økonomi, netværk eller psykisk tilstand.

Ved projektets start havde de fleste boet hos os mere end et år, og vi havde samlet en del kliniske observationer og erfaringer omkring den enkelte beboer. Alligevel stod vi med mange spørgsmål og formodninger, vi gerne ville have svar på.

- Hvorfor kunne beboer xx efter et års træning stadig ikke gennemføre et brusebad uden guidning?
- Hvorfor faldt beboer yy på trods af eget ønske og indsigt til stadighed tilbage til sin uhensigtsmæssige adfærd?
- Havde misbruget medført skader på hjernen? og f.eks. begrænset indlæringssevnen?

- Hvilke evner eller forhindringer havde de enkelte beboere til kognitive (tankemæssige - huske, reflektere, planlægge etc.) opgaver?

Set i lyset af målgruppens problemstillinger ønskede vi, at assessmentredskaberne skulle give os vurderinger på bl.a. psykiatriske symptomer, kognitive evner, misbrugets karakter, personlighed, samt sociale behov.

De følgende afsnit beskriver de redskaber, som blev brugt i projektet.

2.5.1 KANBO

KANBO er et status- og målsætningsredskab specielt udviklet til brug i arbejdet med personer med en psykisk lidelse, der bor i botilbud. Det er inspireret af det engelske CAN - Camberwell Assessment of Need.

Redskabet giver mulighed for beboerens aktive medvirken, samt mulighed for at komme omkring alle hverdagslivets aspekter på en helhedsorienteret og konstruktiv måde.

Redskabet er opbygget, så det kan tilpasses den enkelte beboer. Det er derfor legalt kun at bruge dele af redskabet, hvis det er det, der i situationen er det mest hensigtsmæssige, eller det der kan lade sig gøre.

Det er et dialogredskab, hvor dialogen mellem beboer og medarbejder er i centrum.

Statusdelen består dels af medarbejders og dels af beboerens vurdering på de enkelte områder (i alt 36 områder).

Under hvert område laves først en vurdering af beboerens ressourcer og problemstillinger på pågældende område, hvorefter der vurderes på problemets størrelse, graden af behov for hjælp og graden af nuværende hjælp/støtte. Der vurderes på en skala fra 0 - 2, hvor 0 er intet problem/ingen hjælp og 2 er alvorligt problem/kompenserende hjælp. Hvis man ikke ved nok til at kunne svare, scores 9.

Efter det samlede interview laves i fællesskab en prioritering af de problemområder, som beboeren ønsker at arbejde med, og der udarbejdes en målsætning.

Ved at lave et KANBO-interview igen efter nogle måneder er det muligt at vurdere forandringer.

Opleves en problemstilling værre/bedre af bruger?

Er brugerens behov for støtte blevet større/mindre?

Oplever medarbejderen en problemstilling som forværret/forbedret?

KANBO blev så vidt muligt udført af beboerens egne kontaktpersoner, der alle har deltaget i to dages kursus som oplæring.

Fordele ved at anvende KANBO i Atriumhuset:

- Et godt dialogredskab, der kommer rundt om mange vigtige emner.

Ulemper ved at anvende KANBO i Atriumhuset:

- Nogle af spørgsmålene går me get tæt på brugeren.
- Mange spørgsmål. Der er brug for pauser for at undgå at interviewet bliver for langt og trættende.
- Nogle beboere svarer nærmest konsekvent nej til at have problemer.

2.5.2 ASI - Addiction Severity Index

ASI er et indeks til måling af hvor høj grad et misbrug er en belastning.

Det er et struktureret interview, hvis formål er at skaffe en række væsentlige oplysninger om aspekter ved klientens liv.

Klienten stilles ca. 200 spørgsmål over ca. 30 minutter. Har klienten vanskeligt ved at koncentrere sig, kan det være nødvendigt, at interviewet afbrydes og genoptages senere, da det er vigtigt, at besvarelsen er så præcis som muligt.

Det er grundlæggende klientens udsagn, der lægger til grund for besvarelsen, og interviewerens har ansvar for at sikre, spørgsmålene er korrekt forstået. Derfor kan det endvidere være nødvendigt at omformulere spørgsmålene.

Der stilles spørgsmål i relation til følgende kerneområder:

- 1 Fysisk helbred.
- 2 Alkohol.
- 3 Stoffer.
- 4 Kriminalitet.
- 5 Familie- og netværksrelationer.
- 6 Psykisk tilstand.

Efter hvert emne skal klienten, på en skala fra 0 til 4, angive hvor stor belastningsgraden er og efterfølgende oplyse, hvor meget hjælp han/hun ønsker til at reducere belastningen, ligeledes på skala fra 0 - 4.

Afslutningsvis skal interviewerens på en skala fra 0 til 9 angive belastningsgraden for klienten. Belastningsgraden fastsættes på baggrund af klientens besvarelse og interviewerens kendskab til klienten.

Hvert hovedpunkt kan afsluttes med en kommentar klienten og interviewerens kan blive enige om. Efterfølgende gennemgås det færdige resultat med klienten.

Vi fik en dags kursus som oplæring. Derefter kræves dog en del træning for at opnå en rimelig standard i udførelsen.

Vi har med tiden tilrettet interviewet til Atriumhusets målgruppe, samt slettet afsnit om psykisk helbred, som vi får besvaret grundigere ved andre assessmentredskaber.

Fordele ved at anvende ASI i Atriumhuset:

- Der fremkommer mange oplysninger om klientens brug af rusmidler.
- Giver et indblik i hvordan brugeren selv opfatter sine problemer.

Ulemper ved at anvende ASI i Atriumhuset:

- Mange spørgsmål og opbygning, der kan være svær at overskue for interviewerens.

2.5.3 Motivationsundersøgelse

Psykolog Søren Søberg udarbejdede selv to selvrapporteringsskemaer til måling af graden af motivation for forandring af brug af henholdsvis alkohol og stoffer. Skemaerne (se bilag nr.1 og 2) tager udgangspunkt i ”Motivationshjulet” udarbejdet af Prochaska og DiClementes, 1982 (også kaldet ”Forandringshjulet”).

Der opereres med følgende 7 faser i motivation for forandring:

- Før-overvejelse
- Overvejelse
- Beslutning
- Handling
- Vedligeholdelse
- Tilbagefald
- Permanent forandring

Vi vurderede dog efter kort tid, at skemaet ikke kunne give os et validt billede på brugernes motivationsgrad (se ulemper nedenfor), og fjernede undersøgelsen fra projektet.

Fordele ved at anvende Motivationsundersøgelsen i Atriumhuset:

- Er godt at bruge som udgangspunkt for samtale med bruger vedr. motivation for forandring.
- Skriftliggørelse og tydeliggørelse af ændringer i brugerens motivation.

Ulemper ved at anvende Motivationsundersøgelsen i Atriumhuset:

- Vores brugere er ofte meget svingende i deres motivation og ønsker for forandring - nogen gange endda svingende over få timer. Derfor kan besvarelsen ikke tages som gældende for mere end øjeblikket.
- Nogle af udsagnene kan være svære at forstå for brugerne, f.eks. forskellen mellem udsagn 4 og 5.

2.5.4 PANSS - Positive And Negative Syndrome Scale

PANSS er et interview med mange spørgsmål, som samlet skal afdække graden af positive symptomer, negative symptomer og generel psykopatologi, som typisk findes hos personer med skizofreni i forskellig grad.

Det er en semi-struktureret spørgeguide med fastlagte spørgsmål, som den interviewede svarer frit på. Det, at der er tale om så langt et interview, kan fremprovokere paranoide tanker, vrangforestillinger etc., som ellers ikke er så fremtrædende hos den interviewede, men som er væsentlige at kende i forhold til behandlingen.

Et gennemsnitsinterview varer ca. 45 minutter med variationer fra ½ time - 2½ time (incl.pauser).

Når interviewet er gennemført, scorer intervieweren inden for 16 områder, (ex. vrangforestillinger, emotionel tilbagetrækkethed, somatisk bekymring). Det er i PANSS forudbestemt, hvilket af de 16 områder, det enkelte stillede spørgsmål refererer til.

Når intervieweren scorer, indgår både svar og adfærd under interviewet, samt rapporter om

adfærd fra primært personale og familie.

Man giver scoringen fra 1-7 under hver af de 16 områder, hvor 1 er fravær af definitionen og 7 er ekstremt. Der er i en under hvert område beskrivelser af, hvad der skal til for at udløse det enkelte scoringstal.

Til sidst grupperes de 16 områder, så de henfører til de tre hovedområder: positiv skala, negativ skala og generel psykopatologi.

Jo flere point den interviewede opnår, jo sværere grad af psykotiske symptomer har personen.

Til sammenligning er der lavet en standard på baggrund af interviews af 101 personer med skizofreni. - altså en gennemsnitskurve for symptomer hos personer med skizofreni.

Undersøgelsens resultat giver en samlet score, samt tre subscores:

- positive symptomer (som indbefatter produktive psykotiske symptomer),
- negative symptomer (som vanskeliggør sociale funktioner),
- den generelle psykopatologi.

Ved at gennemføre et nyt PANSS-interview efter måneder/år er det muligt at vurdere, om der er sket en forbedring eller forværring af de enkelte symptomer.

Oplæring til at udføre PANSS-interviews foregår som et kursus ved en certificeret PANSS-underviser.

Fordele ved at anvende PANSS i Atriumhuset:

- Der opnåes et klarere billede af brugerens psykotiske symptomer.
- Redskabets opbygning sikrer en grundigere undersøgelse af de enkelte symptombilleder.
- Det kan opleves som en hjælp for brugeren til at forklare sine symptomer.

Ulemper ved at anvende PANSS i Atriumhuset:

- Det kræver en del oplæring og rutine i udførelsen.

2.5.5 M.I.N.I. - Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview - Dansk version 5.0

M.I.N.I. er udformet som et kort struktureret interview for de vigtigste psykiatriske akse-I-diagnoser i DSM-IV og ICD-10. Der er foretaget adskillige reliabilitetsstudier, der sammenligner M.I.N.I. med SCID-P og CIDI, og resultaterne af disse undersøgelser viser, at M.I.N.I. har acceptabelt høje validitets- og reliabilitetsscorer. Brugen af MINI tager meget kortere tid (middel 18,7 plus/minus 11,6 min., gennemsnit 15 min.), end de ovenfor nævnte instrumenter og den kan anvendes af klinikere efter en kort træningssession. Interviewere, der ikke er klinikere, har brug for en mere omfattende træning.

For at kunne holde interviewet så kort som muligt informeres patienten om, at der vil blive gennemført et klinisk interview, der er mere struktureret end sædvanligt, med meget præcise spørgsmål om psykiske problemer, der kræver et JA- eller et NEJ-svar.

M.I.N.I. er opdelt i moduler med hver sin bogstavbetegnelse, der hver især svarer til én diagnostisk kategori. Ved starten af hvert modul (undtagen for modulet for psykotiske tilstande), vises der i en ramme med grå skygge en række screenings spørgsmål, der svarer til

diagnosens hovedkriterier. Ved slutningen af hvert modul findes der diagnostiske kasser, hvor klinikerne kan angive, om de diagnostiske kriterier er opfyldt eller ej.

Alle oplæste spørgsmål skal rates. Ratingen foretages til højre for hvert spørgsmål ved at markere enten JA eller NEJ. Man bør sikre sig, at den interviewede person tager hver dimension af spørgsmålet i betragtning (dvs.: tidsramme, hyppighed, sværhedsgrad og «og/eller»-alternativer). Der skal ikke medtages symptomer, der tilskrives fysiske årsager eller indtagelse af medicin, stoffer eller alkohol.

Da M.I.N.I. er et diagnostisk redskab, skal interviewerens have en uddannelse som psykolog eller psykiater, samt en oplæring i anvendelsen af redskabet.

2.5.6 Hamiltons Depressions Skala

Efter at have stillet diagnosen depression vha. M.I.N.I. - Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview - Dansk version 5.0 beskrives sværhedsgraden med Hamiltons Depressions Skala. Denne skala, der er udviklet sidst i 1950'erne, er anvendt verden over som den mest valide skala, og bruges ofte i forskningsprojekter, der undersøger behandling og/eller måler graden af depression.

I Hamiltons Depressions Skala udspørges personen om i alt 17 symptomområder (f.eks. Nedsat stemningsleje, Selvbebrejdelse og skyldfølelse, Suicidale impulser og indsovningsbesvær) på baggrund af tilstanden de sidste 3 dage. Det første spørgsmål i hvert område skal stilles nøjagtigt, som det er beskrevet. Dette spørgsmål vil ofte udløse tilstrækkelig information om et symptoms sværhedsgrad og hyppighed til, at man med sikkerhed kan vurdere dette. De følgende spørgsmål anvendes, når det er nødvendigt med en yderligere afklaring af, om et enkelt symptom er til stede. De udspecificerede spørgsmål skal stilles, indtil man har nok information til med sikkerhed at vurdere et enkelt område. I nogle tilfælde er man måske nødt til at tilføje sine egne påfølgende spørgsmål for at få den nødvendige information.

Efterfølgende omsættes personens svar til point vha. en Semi-struktureret Interviewguide til Hamiltons Depressionsskala og summen af points beregnes. Total scoren er udtryk for sværhedsgraden af personens depression. Scorer personen 0 - 13 point, opfylder man ikke de diagnostiske kriterier for en klinisk depression. Scorer personen mellem 13-18 er depressionen mild, hvorimod over 18 points betyder, at personen har en sværere depression. Scorer personen over 13 points og dermed opfylder kriterierne for en klinisk depression, er der evidens for, at antidepressiv behandling kan have effekt.

Det er muligt at følge udviklingen i en depressiv tilstand ved at bruge skalaen ved flere samtaler over tid. Skalaen skal så bruges på samme tidspunkt af dagen hver gang for at udelukke døgnsvingninger.

Hamiltons Depressions Skala er også et diagnostisk redskab og fordrer derfor en uddannelse som psykolog eller læge.

2.5.7 NEO PI-R - NEO Personality Inventory-Revised

Personlighedstest med det bredeste sigte på markedet - bl.a. fordi den personlighedsteori, som den bygger på, er den mest alment anerkendte. Kan bruges i såvel kliniske som ikke-kliniske sammenhænge.

NEO PI-R kan fås i både en lang og en kort udgave. Den lange version består af 240 spørgsmål og tager 30-40 minutter at udfylde, mens den korte kun indeholder 60 spørgsmål og kan gennemføres på ca. 15 minutter. Begge opgøres på fem overordnede faktorer - neuroticisme, ekstroversion, åbenhed, venlighed og samvittighedsfuldhed. For den lange udgave af testen er disse fem domæner eller faktorer yderligere opdelt i seks facetter, der er mere snævre personlighedstræk. Således består den lange udgave, som vi har anvendt, af testen af 30 personlighedsfacetter og 5 personlighedsfaktorer.

Testen findes tillige i en observatørudgave, således at man kan lave en 360 graders analyse, der gør det muligt at sammenligne respondentens egen vurdering med vurderinger fra andre, der kender vedkommende godt, f.eks. familie og venner. Testen administreres og scores via en opkobling til internettet. Respondenten kan indtaste sine svar direkte på nettet, eller testen kan udfyldes på papir og senere indtastes via opkobling. Den danske udgave er normeret i forhold til 300 danske mænd og 300 danske kvinder.

Oplæringen er et 2 dages kursus, samt en opfølgingsdag efter ca. 1/2 år.

Fordele ved at anvende NEO PI-R i Atriumhuset:

- NEO PI-R er udviklet til brug i såvel kliniske som ikke-kliniske sammenhænge. Den fokuserer således ikke snævert på personlighedsforstyrrelser, men mere bredt på personlighedstræk, som vi alle har i mere eller mindre udstrakt grad. Derfor kan NEO PI-R bruges til at sætte fokus på beboernes ressourcer frem for deres sygdom.
- NEO PI-R kan udfyldes af pårørende og personale til at give et bredere billede af beboeren.
- Respondenten kan indtaste svar direkte på internettet. Det kan for nogle beboere gøre testen mere overkommelig og spændende.

Ulemper ved at anvende NEO PI-R i Atriumhuset:

- Testen består af mange spørgsmål, som skal besvares med en af 5 svarmuligheder. Dette kan være meget krævende for beboerne. Derfor har ikke alle beboere kunnet gennemføre testen.

2.5.8 MCMI III - Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3. udgave

MCMI III er et selvrapporteringsredskab udformet som et spørgeskema med 175 spørgsmål. Undersøgelsen rummer mulighed for en beskrivelse af personlighedstræk, svær personlighedspatologi, samt kliniske syndromer. Undersøgelsen modsvarer personlighedskategorierne, som de er formuleret i DSM IV samt i Millons teorier. Det vil sige, at undersøgelsen beskriver personlighedsforstyrrelser ud fra en lidt anden inddeling end

det i Danmark anvendte diagnosesystem ICD10.

MCMI-III måler 14 personlighedsmønstre og 10 kliniske syndromer.

De 14 personlighedsmønstre er:

skizoid, ængstelig, depressiv, dependent, histronisk, narcissistisk, antisocial, sadistisk, tvangspræget, passiv-aggressiv, masochistisk, skizotypal, borderline, paranoid.

De 10 kliniske syndromer er:

angst, somatoform, bipolar, hypomani, dysthymi, alkoholafhængighed, stof og medicinafhængighed, posttraumatisk stressforstyrrelse, psykotisk tænkning, svær depression og vrangforestillinger.

Herudover hjælper tre modificerende indekser (Åbenhed, Social ønskværdighed, Selvføringelse) med at identificere skødesløs, forvirret eller tilfældig svarstil.

MCMI-III findes med både amerikanske og danske normer.

MCMI-III er ikke et generelt personlighedsredskab, som skal bruges i normale populationer. Normerne er baseret på psykiatriske patienter og er kun anvendelige over for personer, som frembyder følelsesmæssige problemer eller som er i gang med professionel psykoterapi.

Undersøgelsen kan bruges af personer over 18 år, som har et ordforråd der svarer til ca. 8. classes niveau. De fleste vil være i stand til at udfylde spørgeskemaet på ca. 20-30 minutter.

Det er det generelle indtryk i Danmark, at resultaterne er gode og præcise for mellem 55-65% af personerne. Der er visse fejlvurderinger i omkring 20-30% af tilfældene, og undersøgelsen skyder helt ved siden af, med betydelige fejl, i 10-15 % af tilfældene.

MCMI-III kan ikke stå alene, men skal vurderes i sammenhæng med livs-omstændigheder og observeret adfærd, samt eventuelle andre undersøgelser.

For at blive certificeret til dette assessmentredskab fordres en uddannelse som psykolog eller psykiater. Certificeringen fås ved gennemførelse af 1 dags kursus og efter nogen tids træning 1 kursusdag med certificering.

Fordele ved brug af MCMI-III i AtriumHuset:

- Testen hjælper os til at sætte fokus på personlighedstræk og personlighedsforstyrrelser som sideløbende med den egentlige diagnose ofte har en stor indvirkning på beboerens liv og dennes relationer i huset.
- Nogle beboere, som har svært ved at formulere egne problemer, kan ved at svare på de 175 spørgsmål opleve, at de får fortalt om "nye" sider af sig selv, samt at der bliver lyttet til dem.

Ulemper ved brug af MCMI-III i AtriumHuset:

- MCMI-III er et selvrapporteringredskab med de begrænsninger, det indebærer. Bl.a. kan der være en tendens til, at beboere med ensartede problemer fortolker spørgsmålene forskelligt.
- Hovedparten af beboerne har ufuldstændig skolegang samt lettere eller sværere kognitive problemer, hvilket gør det svært at forstå spørgsmålenes ordlyd og at udfylde spørgeskemaet uden hjælp.
- Misbrugere vil i MCMI-III ofte give forhøjet udslag ved antisocial personlighedsforstyrrelse, da undersøgelsen især lægger vægt på

- kriminalitet som udslagsgivende for en sådan forstyrrelse. Misbrugere kan dog pga. misbruget være tvunget ud i kriminalitet uden, at dette er udtryk for en antisocial/dyssocial personlighedsforstyrrelse.
- Det har vist sig, at det kan være svært at give en tilfredsstillende tilbagemelding til beboeren. Det kan være meget intimt og angstprovokerende for beboerne at tale om emner, der vedrører personligheden.

2.6 Kognitiv undersøgelse - generelt

Traditionelt har der inden for skizofrenibehandling hovedsageligt været fokus på problemer relateret til positive og negative symptomer.

Nyere forskning viser umiddelbart, at graden af positive symptomer (f.eks. vrangforestillinger og hallucinationer) hos personer med skizofreni ikke har sammenhæng med, hvordan personerne senere klarer sig psykosocialt. Graden af negative symptomer (f.eks. initiativløshed og affektaffladning) har en moderat sammenhæng med psykosocialt outcome, mens graden af kognitive forstyrrelser, som også optræder hos personer med skizofreni, er meget stærkt relateret til, hvordan den enkelte klarer sig psykosocialt og klinisk (Green 2003).

Undersøgelser har vist, at 70 til 75% af personer med skizofreni har en eller anden form for kognitiv dysfunktion. Tre kognitive områder synes særligt påvirkede hos personer med skizofreni nemlig: opmærksomhed, hukommelse, samt eksekutive funktioner. Yderligere har forskning vist (Garcia et al 2004), at også misbrug påvirker kognitiv funktion. Ved personer med blandingsmisbrug ses ofte reduktion på arbejdshukommelsen, evnen til abstrakt tænkning, evnen til hæmning af impulser, samt evnen til kognitiv fleksibilitet. De sidste tre områder indgår som delelementer i den eksekutive funktion, altså områder der også er påvirkede hos personer med skizofreni. Forskningen tyder dog på, at de kognitive skader, der opstår i forbindelse med misbrug, med nogle undtagelser er helt eller delvist reversible. Da næsten alle beboerne på Atriumhuset har skizofreni, og samtidigt har et misbrug kan der være tale om, at deres kognitive funktion indenfor samme områder er påvirkede af to forskellige faktorer. Der er derfor al mulig grund til at rette mere fokus mod dette problem i forbindelse med det arbejde, der foretages på Atriumhuset.

En viden om kognitiv funktion hos den enkelte beboer er central i forhold til at forudsige den enkelte beboers behov for støtte socialt og behandlingsmæssigt, men også i forbindelse med viderehenvisning er denne viden central.

I de tre næste afsnit beskrives de tre kognitive områder, som synes særligt påvirkede hos personer med skizofreni. Dernæst beskrives de konkrete undersøgelsesredskaber.

2.6.1 Opmærksomhed

Populært sagt mangler nogle personer med skizofreni evnen til at indstille opmærksomheden (Automatpiloten) til at sortere alle irrelevante stimuli fra i forhold til en aktuell opgave.

Personer med skizofreni med opmærksomheds-forstyrrelser har et særligt behov for, at information deles op i mindre dele, og at hver del er ledsaget af stimulation.

Opmærksomheden er nøglen til omverdenen, og er en forudsætning for den videre kognitive bearbejdning. Opmærksomheden er organiseret hierarkisk. Nederst er den globale opmærksomhed. Gradvist op igennem systemet bliver opmærksomheden mere og mere målrettet.

Opmærksomhed kan deles op i 4 områder:

- Fokuseret opmærksomhed (tempo præcision).
- Selektiv opmærksomhed (ignorering af distraktion).
- Skiftende opmærksomhed (skift mellem forskellige stimuli).
- Delt opmærksomhed (følge forskellige stimuli på samme tid).

2.6.2 Hukommelse

Hukommelsen opdeles i korttids-, arbejds- og langtidshukommelse.

Korttidshukommelsen er den hukommelsesfunktion, der anvendes til at huske beskeder, navne mm, som glemmes umiddelbart efter, de er brugt. Arbejdshukommelsen fastholder sanseindtryk for umiddelbar kognitiv bearbejdning.

Langtidshukommelsen lagrer information, således det kan hentes frem igen efter længere tid, dvs. ½ time eller mere.

Undersøgelser har vist, at personer med skizofreni har en reduceret korttids-, arbejds- og langtidshukommelse, og at disse problemer er centrale i forhold til, hvordan disse mennesker i dagligdagen. (Green 2003)

Desuden er det vist, at genkaldelse af allerede indlært materiale ikke er påvirket, dvs. at materiale, som er indlært og ligger i langtidshukommelsen, huskes lige så godt som hos personer uden skizofreni.

2.6.3 Eksekutive funktioner.

”De eksekutive funktioner skaber syntese imellem andre kognitive funktioner, som består af forventning, det at sætte sig mål, lave planer, selvregulering og monitorering af igangværende opgaver, samt det at kunne styre tanker og handlinger i forhold til responser fra omverdenen.” (Lezak 1995)

Eksempelvis at løse og planlægge problemet, hvordan skal jeg lave aftensmad?

Dét at kunne regne ud, hvad man skal bruge, samt hvordan og hvornår hver enkelt del i et måltid skal tilberedes for, at det alt sammen står færdigt til samme tid; altså en vurdering af handlinger, tid og sekvens. En anden vigtig eksekutiv funktion er socialkognition, der består af evnen til at opfatte følelser hos andre, samt evne til at udlede hvad andre tænker, og evnen til at forstå individuelle roller og regler, der styrer social interaktion. (Penn et al 1997)

Eksekutive funktioner bygger på en koordineret indsats imellem tre frontale hjerneområder:

- Den laterale del, der styrer målrettet adfærd,
- den orbitale del, som styrer og koordinerer følelsesmæssig vurdering i forhold til normer og værdier,
- samt gyrus cinguli, der styrer opmærksomheden.(Fredens 2004)

2.6.4 Afklaring af neuropsykologiske dysfunktioner

For at kunne udnytte den viden i praksis, der er fremkommet i forskningen, har specialist i

neuropsykologi Louise Wiwe og specialist i psykopatologi PhD psykolog Torben Christensen (2004) anbefalet et testbatteri for afklaring af neuropsykologiske problemer hos personer med skizofreni. Dette testbatteri indeholder en række tests, der specifikt tester den neuropsykologiske funktion indenfor områderne: Indlæring, hukommelse, opmærksomhedspændvidde og eksekutive funktioner. Undersøgelselementerne består af de følgende beskrevne assessmentredskaber.

2.6.5 Neuropsykologisk interview

Interviewet omhandler beboerens baggrund og tidligere kognitive funktion. Det gennemføres med henblik på at opnå indblik i beboerens premorbide (inden sygdomsdebuten) kognitive funktion, samt hvordan beboeren har klaret sig i skoleforløb og på arbejdsmarkedet. Desuden undersøges det, hvilke faktorer, der kan have indflydelse på deres nuværende kognitive funktion, f.eks. om de har oplevet ulykker, vold med hovedtraumer, eller om de har været igennem en vanskelig fødsel.

2.6.6 WCST - Wisconsin Card Sorting Test (Heaton et al 1995)

Tester primært de eksekutive funktioner.

Erfaringerne med testen fra vores undersøgelser viser, at den giver et godt billede af beboerens kognitive fleksibilitet, og om hvor vidt vedkommende evner at skifte strategi i forhold til et problem, som ikke længere kan løses på den måde, beboeren har gjort det tidligere.

På samme måde viser den også, om beboeren kan fastholde en strategi eller om vedkommende "taber tråden" undervejs.

Testen viser beboerens styrker i de ovennævnte områder. Dermed udpeger den de beboere, der måtte have ressourcer til at indgå i f.eks. kognitiv terapi, selv om dette måske ikke lige umiddelbart er synligt pga. af andre symp tomer på psykisk lidelse.

2.6.7 d2 Test (Brickenkamp 1993)

Tester evne til opmærksomhed og koncentration.

d2 testen måler især de to aspekter af opmærksomhed, der omhandler følgende:

- Fokuseret opmærksomhed (tempo præcision).
- Selektiv opmærksomhed (ignorering af distraktion).

Vores erfaring med testen har været, at den tydeliggør beboerens grad af kontrol i forhold til en opgave, samt noget om deres arbejdsstrategier. Er arbejdsstrategien f.eks. hurtig og overfladisk eller grundig og langsom. Disse arbejdsstrategier synes ofte at være meningsfulde til at forklare beboerens adfærd udenfor testsituationen. Resultaterne siger desuden noget om, hvorvidt beboeren let udtrættes, når krævende opgaver skal gennemføres.

2.6.8 AVLT - Auditory Verbal Learning Task Reys 15 ord

Tester evne til indlæring og langtidshukommelse.

Ud over evne til hukommelse viser testen også, om personen har en tendens til at perseverere

(gentager ord, som de allerede har nævnt, fra den liste de skal huske) eller konfabulere (opfinder nye ord, som slet ikke er på listen), hvilket kan indikere tilstedeværelse af Korsakoffs syndrom (Lezak 2004).

Testen giver desuden en indikation på, hvorvidt personen evner at bruge hukommelsesstrategier i forbindelse med indlæring af nyt stof.

Denne test giver et godt billede af beboerens behov for støtte til at overholde aftaler og få gennemført daglige gøremål.

2.6.9 Talspændvidde

Talspændvidde er en delprøve i WAIS III testen. Den tester korttidshukommelse, samt arbejdshukommelse.

Testeren læser en række cifre op, som undersøgelsespersonen så skal gengive umiddelbart efter. I anden del af prøven læser testeren igen en række tal op, men denne gang skal undersøgelsespersonen nævne dem i omvendt rækkefølge. De amerikanske normer for den umiddelbare gengivelse er 6 til 7 cifre, mens normen for den baglæns gengivelse er 4-5 cifre afhængig af alder (Kaufman et al 1999).

2.7 Gennemførelse af interview/undersøgelse

2.7.1 Oplæring af medarbejdere

De fleste af de assessmentredskaber, som vi valgte at bruge, skulle udføres af psykolog og/eller psykiater. Disse skulle i første omgang varetages af Søren Søberg.

Vores basisedarbejder, som er uddannet psykolog, blev i starten af første runde oplært ved Søren til at gennemføre de kognitive undersøgelser, og har siden suppleret med eksterne kurser.

KANBO er et redskab, som i forvejen blev brugt af kontaktpersonerne i huset i forbindelse med visitation og handleplaner. Derfor prioriterede vi som undtagelse, at hele medarbejdergruppen fik 2 dages undervisning i dette.

Projektgruppens 5 medarbejdere blev yderligere oplært i ASI og en motivationsundersøgelse ved hver 1 dags undervisning. Hver projektmedarbejder blev ansvarlig for at gennemføre de 3 redskaber med 2-3 beboere.

Efter første runde viste der sig at være store forskelle i medarbejdernes tolkning af spørgsmål og/eller svar. Flere i projektgruppen sagde også, at de endnu ikke var fortrolige med specielt ASI. Der var et behov for flere træningsmuligheder, end vi havde forventet, for at den enkelte medarbejder opnåede tilstrækkelig fortrolighed med det enkelte assessmentredskab. Inden vi skulle i gang med anden runde, valgte vi derfor en model, hvor vi delte de forskellige assessmentredskaber mellem os, således der kun var en eller to medarbejdere, som udførte ét assessmentredskab. Dermed fik hver medarbejder mere træning med gennemførelse ved min. 7 beboere. Med en større kvalitet i gennemførelsen forventede vi også, at besvarelserne ville blive mere ensartede og sammenlignelige.

I samme anledning overtog vi flere af de assessmentredskaber, som de eksterne psykologer tidligere havde stået for. To medarbejdere blev derfor oplært i at gennemføre PANSS med 5 timers undervisning ved certificeret PANSS-underviser, og den interne psykolog blev certificeret i brugen af NEO PI-R og MCMI-III på eksterne kurser.

Med en større kvalitet i gennemførelsen forventede vi også, at besvarelserne ville blive mere ensartede og sammenlignelige.

Denne specialisering mellem medarbejderne viste efter kort tid at have flere gevinster, som:

- bedre kendskab til redskabet
- større evne til at forklare og motivere overfor beboeren
- mindre behov for forberedelse umiddelbart inden gennemførelsen af et interview
- mere træning i brugen, og dermed mere sikkerhed og kvalitet i gennemførelsen
- medarbejderne oplevede, at det større ansvar højnede motivationen og den faglige tilfredsstillelse.

Med specialiseringen blev systemet dog mere sårbart. Vi risikerede fremover, at en beboer ville sige nej overfor lige netop den bestemte medarbejder, der kan gennemføre et konkret redskab, eller at pågældende medarbejder ville have længere tids fravær eller skifte job. Derfor skal der i takt med, at der er tilstrækkeligt med træningsmuligheder, oplæres flere medarbejdere i det enkelte redskab.

2.7.2 Vedligeholdelse af opkvalificering

Specialiseringen medførte ligeledes et større behov for sparring eller supervision til medarbejderne i forbindelse med scoring og/eller tolkning af svar. Dette blev tilgodeset dels ved kollegial sparring på projektgruppens møder, og dels ved supervision hos de to eksterne psykologer fra Team for Misbrugspsykiatri.

Vores interne psykolog blev også tilknyttet et eksternt netværk for psykologer.

2.7.3 Forberedelse af beboerne

Fra starten havde vi i projektgruppen en forventning om, at beboerne ville være utrygge ved at deltage i interviews og undersøgelser, dels fordi det var nyt/ukendt for dem, dels fordi det kunne give associationer til eksamen eller intelligenstag, og dels fordi det kunne vække modstand, at svarene ville blive nedsat i skema.

Derfor blev beboerne fra start inviteret til informationsmøder, hvor vi fortalte om projektet og formålet med at bruge assessmentredskaber, samt hvordan de selv kunne få gavn af at deltage. Ideen var at denne information skulle gøre dem positivt indstillede, fjerne nervøsitet og aflive fantasier, inden de præsenteres for at deltage i en konkret undersøgelse. Dernæst fik den enkelte beboer gentaget informationen og evt. uddybning, når vi ville bede ham om at deltage i konkret undersøgelse/interview.

Under første runde oplevede projektmedarbejderne, at det var svært at gøre beboerne forståeligt, hvad projektet og det enkelte assessmentredskab gik ud på. Det blev noget lettere efterhånden som den enkelte medarbejder fik et dybere kendskab til assessmentredskabet.

En introduktion til en beboer kunne indeholde følgende argumentation:

- Det er et interview, der spørger til tanker, følelser og forestillinger, som kan være svære at forklare til en behandler. Det giver en bedre beskrivelse af dine symptomer, hvilket er vigtigt for, at vi som medarbejdere bedst kan hjælpe dig.”
- Det er rigtigt, at det kan opleves som hårdt arbejde, men det er nødvendigt med hårdt arbejde for, at du kan få det bedre.”

2.7.4 Rammer omkring undersøgelsen

I forberedelsen af en undersøgelse gjorde vi os følgende overvejelser for at skabe trygge rammer og styrke koncentrationen hos beboeren:

- hvilke beboere havde gavn af, at det var en velkendt person (indikerer tryghed) eller en mere ukendt (indikerer afstand/neutralitet) som interviewer
- kombination med hygge og tæt personalekontakt ved at lave undersøgelsen i forbindelse med tur ud af huset (skovtur, sommerhus etc.),
- hvilke behov der kunne være hos den enkelte for grænsesætning eller omsorg/lydhørhed,
- på forhånd aftalt tidspunkt med beboer, og dermed mulighed for at blive forberedt/mindet om,
- udlevering af cigaretter som beroligende stimulans under gennemførelsen,
- indlagte pauser afhængig af hvor lang tids koncentration beboeren magter,
- hellere stoppe i tide end at trætte beboer,
- interview delt op over flere gange,
- undervejs i interview afdramatisere: ”sådan er der flere der har det” og give anerkendende svar, så alle svar opleves som vigtige: ”fint at du siger det”,

De to førstnævnte strategier var dog ikke mulige ved gennemførelsen af de assessmentredskaber, som ekstern psykolog stod for. Dels var de ikke velkendte personer for beboerne, dels havde psykologen et mindre timeforbrug til rådighed og dels fordi nogle af disse assessmentredskaber burde udføres under koncentrerede rammer.

Flere af ovenstående strategier blev samtidig strategier for at motivere den enkelte beboer i deltagelse, således at man ”tog det sure med det søde” (gratis cigaretter, tur ud af huset).

Der er mange sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske argumenter imod at udlevere cigaretter. De viste sig dog i første runde at være et godt middel til, at beboerne overvandt grænsen for at komme i gang. Deres modstand eller nervøsitet mindskedes, når de oplevede, at det ikke var ubehageligt at være med. I anden runde var der mindre brug af cigaretter. For nogle beboere var det en fordel at tage ud af huset, så assessmentredskabet blev koblet sammen med en hyggelig oplevelse, og kunne muligvis samtidig fremme koncentrationen. Modsat var det ret ressourcekrævende at gennemføre.

Det var meget individuelt, hvor mange pauser beboerne havde brug for. Nogle kunne kun holde koncentrationen i 15 min. ad gangen, mens andre op til 40 min.

Umiddelbart så det ikke ud til, at vores valg af bedst egnede medarbejder i forhold til den enkelte beboer, havde den store betydning. Det blev i flere tilfælde alligevel ændret undervejs for at undgå flaskehalse, som eksempel en medarbejders fravær. Desuden var det kun ganske få af beboerne, der i tilbagemeldingen angav et ønske om, at intervieweren var deres kendte kontaktperson.

Normalt benyttes assessmentredskaber ikke til en person, der er påvirket af rusmidler, da undersøgelsesresultatet vil vise et påvirket funktionsniveau. Vi vurderede i projektet, at denne regel ville skabe store barrierer for os, da vores beboere ofte var/er påvirkede af rusmidler. Men når vores ”virkelighed” netop ofte var beboere med et funktionsniveau under påvirkning af rusmidler, kunne et sådant resultat også være interessant. Vores vurdering af om en gennemførelse af undersøgelse/interview var mulig, var i stedet en vurdering på, om vedkommende i situationen var i stand til at lytte, forstå og besvare spørgsmål. En sådan

vurdering betød flere gange, at en planlagt undersøgelse måtte udskydes til et senere tidspunkt.

2.7.5 Barrierer omkring undersøgelsen

Der var under første runde planlagt med, at den eksterne psykolog skulle stå for gennemførelsen af 4-8 assessmentredskaber 14 dage fordelt over 7 moduler af 2 dage. Antallet af redskaber var afhængigt af, hvor hurtigt husets egen psykolog kunne oplæres i varetagelsen af 4 kognitive undersøgelser.

Da den eksterne psykolog var ukendt for flere af beboerne, brugte han hver gang, al uplanlagt tid i husets fællesrum for at opnå kontakt ved mere uformelle samtaler og aktiviteter. Projektgruppen havde inden start en bekymring for, at det ikke var realistisk at gennemføre de udvalgte instrumenter (i alt 10-12 stk.) på den planlagte tid på 4 måneder, p.g.a. beboernes ustabilitet. Det blev forsøgt alligevel ved koordination, således at projektmedarbejderne skulle undgå at gennemføre interviews de dage, hvor den eksterne psykolog havde planlagt at være i huset. Med denne beboergruppe var planlægning og koordination dog ikke tilstrækkelig alligevel. Der var under første runde en del aflysninger af aftalte tidspunkter af forskellige årsager, som:

- to forskellige aftaler oven i hinanden
- beboerens tilstand (har det dårligt, er for påvirket, er indlagt)
- forglemmelser (er ikke i huset eller sover)
- generel modstand eller ulyst til deltagelse.

Midtvejs i første runde bad vi alle husets medarbejdere om opbakning til at sikre de planlagte aftaler med en beboer. Opbakningen bestod i at forberede beboeren ved påmindelser både dagen før og fra om morgenen på selve dagen. Fra et andet projekt i huset havde vi gode erfaringer med, at det kunne få beboeren til at udskyde indtagelse af rusmidler eller andre pludselige indskydelser.

Vi måtte udvide tidsperioden for første runde med ca. 3 måneder for at få flest mulige igennem det samlede afklaringsprogram.

Anden runde blev i stedet organiseret, så den eksterne psykolog havde afsat sin fulde arbejdstid over tre uger til gennemførelsen af interviews mv.

Det blev tydeligt, at der var større chancer for en gennemførelse, når interviewer havde mulighed for at gribe en beboer her og nu, når han/hun ikke var for påvirket af rusmidler eller sygdom og samtidig motiveret. Nogle beboere skulle spørges over flere dage, for lige pludselig at være klar til at sige ja. Derfor fungerede det bedst, hvis interviewer i en periode var mindst muligt bundet af andre aftaler/opgaver, der begrænsede spontane muligheder for gennemførelse. Ligeledes viste erfaringerne, at vi med fordel kunne inddrage både aften- og weekendtimer.

Med hensyn til nogle få beboere, der generelt havde modstand til at være med, prøvede vi at skifte den ansvarlige medarbejder flere gange, dog uden synderlig effekt. I stedet så der ud til at være to typiske træk, som vi havde svært ved at undgå:

- beboerens generelle modstand mod personalet og behandling, eller
- massive koncentrationsvanskeligheder.

Den pågældende medarbejders forhånds indstilling til den konkrete beboer, det konkrete assessmentredskab og rammerne omkring interviewet havde også betydning. Som i så mange andre situationer påvirkede en positiv eller negativ forhånds indstilling selve gennemførelsen, hvorfor det var vigtigt at være sig dette bevidst for at gå efter flest mulige succeser.

2.7.6 Tilbage melding til beboeren

Efter gennemførelsen af en undersøgelse blev beboeren tilbudt at få en tilbage melding omkring resultatet.

Formålet med tilbage meldingerne var:

- at den enkelte kunne blive klogere på sig selv (ressourcer og vanskeligheder),
- at personen fik anerkendelse for sine ressourcer eller forståelse fra andre på, hvad der kan være svært,
- evt. forslag til hvordan disse vanskeligheder kan imødegås.

Der var kun enkelte af beboerne, som var interesseret i at få en tilbage melding. Hvis det var muligt, deltog beboerens kontaktperson ved tilbage meldingen, så det gav mulighed for at repetere for beboeren ved senere behov.

Nogle tilbage meldinger forløb fint, mens andre forløb mindre godt, idet beboeren blev vred eller følte sig krænket. Dog vurderede vi, at sådanne reaktioner en del gange kunne anses som naturlige reaktioner på at modtage svære oplysninger omkring sin sygdom og sin personlighed. At modtage den slags oplysninger ville være svære at kapere for enhver og afføde en følelsesmæssig reaktion.

Inden en tilbage melding var det vigtigt at lave en grundig forberedelse af, hvad og hvordan det skulle formidles til beboeren. Vi skulle være varsomme og udvise forståelse, dog uden at blive for uklare i vores formuleringer.

Vi undgik så vidt muligt at benævne med klassificeringer/diagnoser, men gav i stedet eksempler på tilhørende symptomer/træk, således at beboeren kunne genkende dem hos sig selv. En sådan genkendelse af symptomer gav beboeren følelse af at blive forstået, og vi undgik evt. modstand på en diagnose.

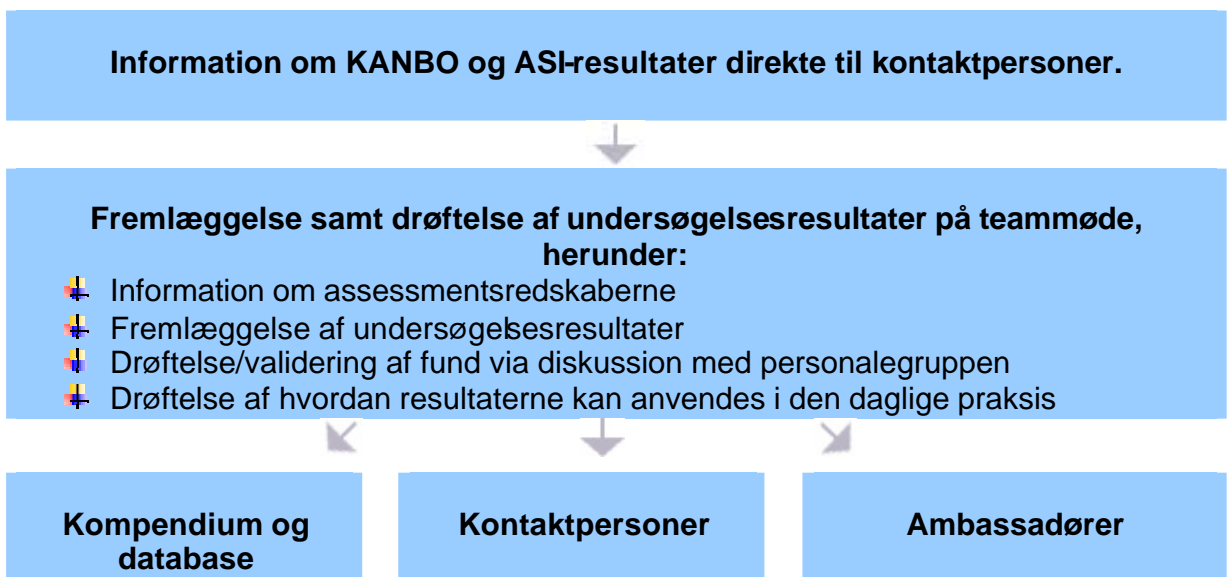
På den pågældende dag skulle det også vurderes, om beboeren var i en rimelig stabil tilstand i ft. at være modtagelig for meget personlige og til tider svære oplysninger. Erfaringen viste, at det var bedre at udskyde en tilbage melding, end at holde fast i en planlægning.

2.8 Vidensdeling af undersøgelsesresultater

Efter første runde var der undersøgelsesresultater på 9 beboere. Vi ønskede, at der skulle foregå en vidensdeling, hvor resultaterne blev formidlet videre til den øvrige personalegruppe således, at resultaterne blev oplevet som brugbare for den enkelte medarbejder. Med brugbare mente vi forståelige og mulige at omsætte til praksis.

Efter vidensdeling skulle det næste skridt være en implementering af den indsamlede viden i praksis, hvilket beskrives i afsnit 2.9.

VIDENSDELING



Figur 2. Diagram over delelementer tilhørende vidensdeling.

Figuren viser rækkefølgen af delelementer under vidensdelingen. I de næste afsnit præsenteres overvejelser og erfaringer i forhold til de enkelte delelementer.

2.8.1 Formidling af KANBO og ASI

To af assessmentredskaberne, KANBO og ASI, gav mange detaljerede svar fra beboeren. I disse svar lå der mange vigtige informationer i forhold til dels at udarbejde handleplaner i samarbejde med beboeren og dels til at tilrettelægge den daglige støtte omkring brugeren. Hvis kontaktpersonen ikke selv havde foretaget KANBO-interviewet, blev det overbragt til beboerens kontaktpersoner direkte af interviewereren for at videregive så meget som muligt af disse svar som førstehånds-viden.

2.8.2 Overvejelser og strategier i ft. fremlæggelser

De øvrige undersøgelsesresultater omkring en beboer blev fremlagt samlet for teamets medarbejdere. Vi regnede med et timeforbrug på ca. 1,5 time pr. beboer, da fremlæggelsen af resultater ikke måtte blive for tidspresset. Der skulle også være tid til debat og bearbejdelse, så den nye viden blev brugbar, og implementeringen blev hjulpet lidt i gang.

Der blev i første omgang planlagt med fremlæggelser af resultater vedr. to beboere på hvert af de månedlige teammøder fordelt hen over foråret. Der blev planlagt med god tid mellem fremlæggelserne, så kontaktpersonerne i mellem tiden kunne få tid og arbejdsro til at omsætte den ny viden, inden de skulle forholde sig til undersøgelsesresultater vedr. en anden beboer.

Men det viste sig, at mange personaler ville være fraværende p.g.a. kurser og ferieafvikling i den periode, hvilket ville betyde, at undersøgelsesresultaterne ikke ville blive bredt tilstrækkeligt ud i personalegruppen. I stedet blev der afsat 3 dage til henholdsvis 2 eller 4 fremlæggelser umiddelbart før sommerferien.



Resultaterne blev fremlagt for det samlede team af medarbejdere, som beboeren var tilknyttet, fordi vi ønskede at sikre, at flere medarbejdere fik resultaterne som en mere korrekt gengivet førstehåndsviden.

Flere personers kendskab til undersøgelsesresultaterne ville desuden øge mulighederne for, at resultaterne ville blive inddraget ved fremtidige drøftelser omkring den pågældende beboer og omsat til praksis. Ligeledes mindskedes risikoen for, at denne viden ville gå tabt, når en medarbejder rejste.

Forinden fremlæggelserne blev tilhørerne forberedt med en kort invitation, som beskrev møderækken, mødernes indhold og kontaktpersonernes efterfølgende opgave (se bilag 3). En fremlæggelse startede med en kort forklaring på det enkelte assessmentredskabs form og indhold for at gøre tilhørerne klar til at modtage og forstå resultaterne.

Som allerede nævnt skulle der i forbindelse med fremlæggelsen af resultater også være tid til dialog og bearbejdelse, hvor vores erfaringer og viden fra praksis og journal kunne inddrages.

- Hvordan stemte undersøgelsesresultaterne overens med erfaringer fra praksis?

- Blev undersøgelsesresultatet dermed af- eller bekræftet som valid?
- Hvordan kunne undersøgelsesresultaterne evt. bekræfte og forklare vores eksisterende formodninger om beboerens vanskeligheder/ressourcer?

Undersøgelsesresultaterne måtte aldrig stå alene. De skulle altid være et supplement til observationer og erfaringer fra praksis. På denne måde blev tilhørerne inddraget til fremlæggelserne med deres egen oprindelige viden. Det ville udover en nødvendig vurdering af resultaternes validitet også bidrage til mere ejerskab for resultaterne, samt bidrage til den første fælles bearbejdning af resultaterne hen imod et passende valg af strategier og metoder i behandlingsindsatsen.

Tilhørerne ved en fremlæggelse havde ofte meget begrænset kendskab til de anvendte assessmentredskaber, hvilket betød, at det var nødvendigt med et visuelt supplement til de mundtlige fremlæggelser, som overheads med f.eks. grafer, undersøgelsesresultater eller eksempel på assessmentredskabets udformning. Modsat blev fremlæggelser en monolog, hvor tilhørerne faldt fra og reelt ikke opfangede undersøgelsesresultaterne.

Desuden var det brugbart for tilhørerne, når resultaterne blev gjort jordnære med konkrete forslag til praksis som f.eks.:

”Det betyder i forbindelse med kontakt og samvær med beboeren, at vi skal være opmærksomme på undgå forstyrrelser som telefoner, andre personer etc.”

”Det betyder, at beboeren har behov for pauser, kort tidsramme og skriftliggørelse i forbindelse med samtaler.”

2.8.3 Kompendium med resultater

Undersøgelsesresultaterne og drøftelserne ved en fremlæggelse ønskede vi at kunne genopfriske siden hen. Det blev derfor refereret i et skriftligt kompendium for hver enkelt beboer.

Kompendiet skulle være overskueligt og brugbart for medarbejdere uden det store kendskab til assessmentredskaberne. Det blev bygget op efter en fast form med en kort forklaring af det enkelte assessmentredskab først og derefter plads til at indskrive selve undersøgelsesresultatet og den tilhørende drøftelse.

Kompendiet blev gemt både i papir og elektronisk udgave.

Ud over dette forsøgte vi med en meget forkortet udgave af resultaterne på én A4-side, hvilket skulle fungere som en let tilgængelig og overskuelig repetition. Det viste sig dog, at resultaterne i så kort udgave blev upræcise og gav læseren et forkert billede.

2.8.4 Database

Tanken med en database var fortløbende at kunne samle data fra undersøgelser og interviews i en overskuelig form, og samtidig give en mulighed for at lave statistisk bearbejdning.

I projektansøgningen lagde vi vægt på at vælge assessmentredskaber, der fandtes i elektronisk udgave, så der ikke skulle bruges tid på indtastning af resultater. Vi gik dog bort fra dette krav, da det viste sig at udelukke flere af de ønskede assessmentredskaber.

Hvor det var muligt med en elektronisk udgave, sparede vi en del mandetimer, fordi det blev mere læsevenligt for andre, og selve scoringen blev udført af computeren.

Databasen blev opbygget via IT-programmet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), som giver mulighed for statistisk analyse og en deskriptiv statistik

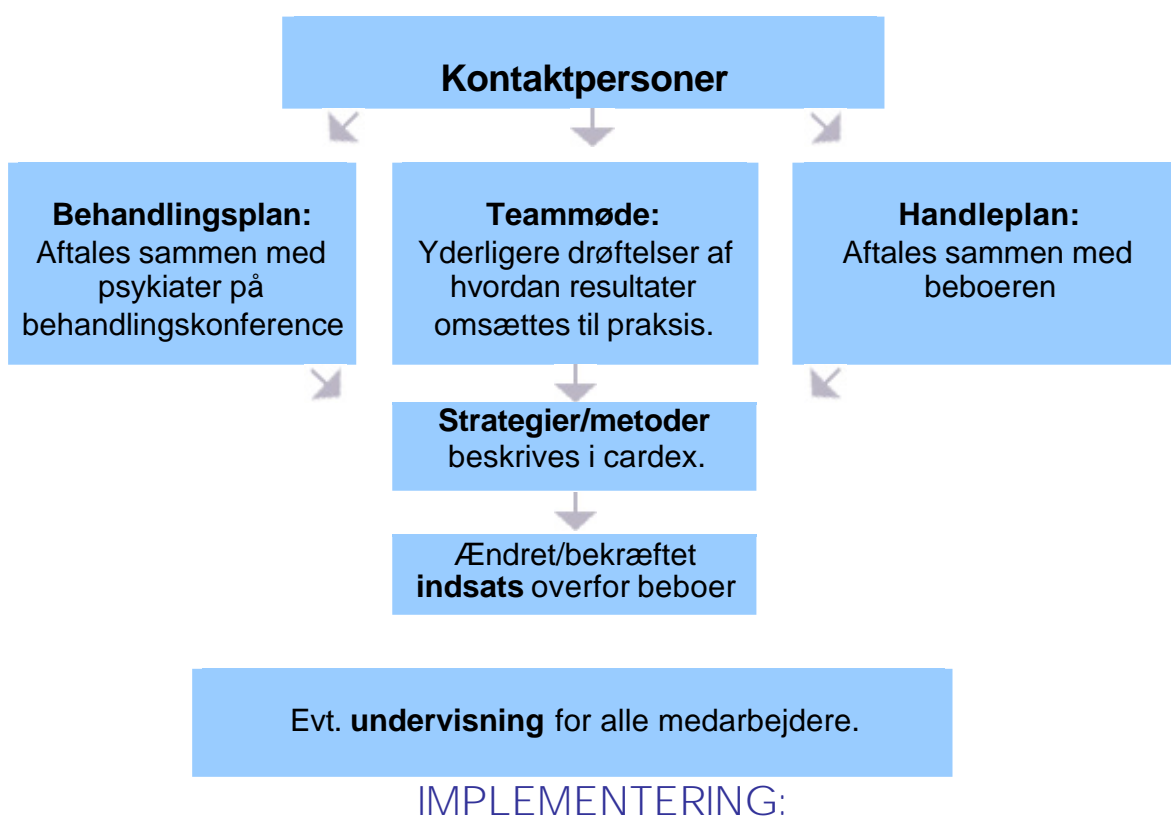
(grafer/søjlediagrammer) som præsentationsstruktur.

2.8.5 Ambassadører

Projektgruppens medarbejdere skulle fungere som ambassadører. Det ville sige, at de havde en særlig forpligtelse til at repetere og inddrage resultaterne i div. drøftelser og møder omkring den enkelte beboer. De havde projektets indhold - brugen af assessmentredskaber og undersøgelsesresultaterne - tættest inde på kroppen, og kunne derfor have større bevidsthed på det på trods af hverdagens travlhed. Med deres større kendskab til redskaberne forventedes de lettere at kunne formidle resultaterne end de øvrige medarbejdere.

2.9 Implementering af undersøgelsesresultater i praksis

Implementering af undersøgelsesresultaterne betød med andre ord, at resultaterne skulle omsættes i praksis. Vi skulle gennemføre de nødvendige ændringer i strategier og metoder i den daglige praksis, således at behandlingsindsatsen fremover ville være tilpasset ud fra den dokumenterede viden om den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger.



Figur 3. Diagram over delementer tilhørende implementering af undersøgelsesresultater i praksis.

Figuren viser rækkefølgen af delementer vedr. implementering af undersøgelsesresultater. I de næste afsnit beskrives de enkelte delementer med tilhørende overvejelser og erfaringer.

2.9.1 Kontaktpersonernes ansvar

Efter en fremlæggelse af undersøgelsesresultater blev det overladt til kontaktpersonerne at omsætte den ny viden til ny strategi. Udover deres egen bearbejdning hørte der også indarbejdelse i behandlingsplan og handleplan med til dette ansvar.

Kontaktpersonerne var derfor ansvarlige for at bringe undersøgelsesresultaterne til drøftelse med den behandlingsansvarlige psykiater med henblik på indarbejdelse i behandlingsplanen. Ligeledes skulle kontaktpersonerne efter modtagelse af besvarelserne fra KANBO arbejde videre sammen med beboeren omkring at udarbejde en handleplan. Besvarelserne i KANBO kunne ofte pege på, hvad beboeren selv ønskede at forandre.

Efter ovenstående tre tiltag skulle de beskrive den valgte indsats under punktet "strategier" i beboerens cardex, samt orientere om det besluttede til alle på et fælles teammøde.

En måned efter den sidste fremlæggelse viste der sig to retninger vedr. implementering af undersøgelsesresultaterne ved et interview af tre medarbejdere, som ikke var med i projektgruppen. Nogle undersøgelsesresultater var let omsættelige og medførte, at medarbejderne umiddelbart havde ændret forståelse og tilgang til en beboer.

"Jeg lærte, at man sammen med D skal gøre tingene ekstremt langsomt og være meget tålmodig. Det har jeg virkelig taget til mig, og jeg kan mærke, det hjælper. Han er nemmere at omgås, når man accepterer, at han ikke kan gøre tingene hurtigere."

En anden retning viste, at der var et udtalt behov for hjælp til de enkelte kontaktpersoner til at omsætte nogle resultater til strategier.

"Der er nogen af undersøgelsesresultaterne, som man ikke umiddelbart kan omsætte til praksis".

"Jeg har brug for nu, at vi i et forum sammen kan genopfriske resultaterne og snakke om, hvad vi forstår ved det, og hvad vi så gør."

2.9.2 Teammøder

Teammøderne var tænkt som dét forum, der kontinuerligt kunne give opbakning til at få resultaterne omsat til strategier for praksis. Men på grund af forsinkelser lå fremlæggelserne i maj og juni måned, hvilket ville sige meget tæt på sommerferie-perioden, hvor der ikke afholdtes teammøder mv.

For at styrke implementeringen og afhjælpe det behov som medarbejderne gav udtryk for i interviewet blev det besluttet at afsætte én time pr. beboer på efterårets teammøder. Formålet med denne time var, at teamet i fællesskab skulle repetere resultaterne omkring en beboer og drøfte, hvilke strategier og metoder, man herefter vurderede som egnede. Der blev forinden udarbejdet nogle vejledende spørgsmål i forhold til at omsætte resultater fra assessmentredskaber til strategi/metode (se bilag 4), samt senere nogle enkle spørgsmål som fast huskeseddel (se bilag 5).

Ved starten af disse teammøder blev det præciseret overfor kontaktpersonerne, at de efterfølgende skulle være ansvarlige for at skrive de aftalte strategier i beboerens cardex. Det blev dog alligevel ikke udført i mange tilfælde. Årsager til dette kunne ligge i forskellige opfattelser af, hvad der betegnes som strategi, eller at medarbejderne ofte glemmer den slags

opgaver i hverdagens stress, hvis ikke der er tydelig kontrol og en deadline.

Derfor var der efterfølgende på et personalemøde drøftelse og afklaring af vores strategi-ark i cardex, samt orientering om vigtigheden af at omsætte resultaterne til praksis. Sideløbende blev der på teammøderne kontinuerligt mindet om implementeringsdelen - både mundtligt og skriftligt.

2.9.3 Undervisning for alle medarbejdere

Der kom flere positive tilkendegivelser omkring de fælles drøftelser på teammøderne. En del af resultaterne blev herefter mere brugbare for medarbejderne, men det blev også tydeligt, at vi i huset manglede specialviden i ft. at finde strategier og metoder til at afhjælpe nogle af de problemstillinger, der havde vist sig ved afklaringen.

Derfor blev der afholdt undervisning for hele personalet med eksterne undervisere, som specialister på de pågældende områder:

- Neuropsykolog Louise Meldgaard Bruun, Neuropsykiatrisk afdeling Psykiatrisk Hospital i Risskov vedr. kognitive skader i forbindelse med psykiske lidelser og misbrug.
- Psykolog Eline Hyldager, Team for Misbrugspsykiatri vedr. praksis i forhold til personer med angst- og foblidelser.

3. Erfaringsopsamling og resultater

Dette kapitel præsenterer de erfaringsopsamlinger, vi har gennemført undervejs i projektet, samt hvilke erfaringer og resultater vi har opnået set i forhold til projektets formål og mål. Desuden præsenterer nogle afsnit de tiltag, der er foretaget i forhold til forankring i huset fremover.

3.1 Opkvalificering af afklaringsfasen

Afklaringsfasen er klart blevet opkvalificeret ved anvendelsen af assessmentredskaber, - både ved en styrkelse af professionalisme og ved, at afklaringen nu omfatter flere områder og giver os generelt flere oplysninger.

Det ses ved følgende:

- Kvalificerede og grundigere undersøgelser af udvalgte problemområder.
- Hurtigere afklaring end ved almindelig klinisk observation og erfaringsopsamling.
- Nu også afklaring af kognitive evner og personlighed.
- Generelt en større viden om den enkelte beboer.
- Formodninger bliver be- eller afkræftet.
- Nogle bud på, hvorfor nogle beboere har meget ringe effekt af den hidtidige indsats.

Anvendelsen af assessmentredskaber er blevet en fast del af Atriumhusets koncept. Det indbefatter både gennemførelse af interviews/undersøgelser med beboeren, fremlæggelse af resultaterne for medarbejderteamet, en tilbagemelding til beboeren (frivilligt), samt drøftelser på teammøde og behandlingskonference i forhold til at implementere resultaterne i praksis. Afklaringsprocedurerne sikrer, at alle relevante områder undersøges således, at der sikres et bedst muligt grundlag for behandling og viderehenvisning af beboerne.

Ved nogle få beboere har det taget temmelig lang tid at gennemføre det samlede batteri af assessmentredskaber, og derved kan resultater fra de først gennemførte blive uaktuelle, inden de bliver fremlagt for medarbejderteamet. Årsagen ligger typisk i brugerens ustabile psykiske tilstand og/eller brugerens modstand mod at deltage. For at undgå disse "flaskehalse" er der udvalgt færre assessmentredskaber fremover, og der vil være mulighed for at fremlægge resultaterne hen ad vejen.

Der bliver udarbejdet en "Standard for brug af assessmentredskaber", hvor det ud fra de nye implementerede rutiner/tiltag beskrives hvornår, hvad, hvem og hvordan i fht. ovennævnte 3 delelementer (gennemførelse, fremlæggelse og implementering).

De næste afsnit beskriver resultater omkring de delelementer, som har været en nødvendighed for, at afklaringsfasen reelt kunne opkvalificeres.

3.1.1 Opkvalificering af medarbejdere

5 medarbejdere er blevet opkvalificeret til at gennemføre ét eller flere assessmentredskaber. Disse 5 medarbejdere kan til sammen dække gennemførelsen af de valgte redskaber.

Oplæringen består i et internt eller eksternt kursus og efterfølgende mindst 4 træningsmuligheder indenfor en kort tidsperiode. Undervejs i projektet er vores erfaringer blevet

indarbejdet. Det vil sige, at den enkelte medarbejder kun oplæres i ét redskab ad gangen og skal have prøvet gennemførelse og tolkning min. 4 gange, samt efterfølgende modtage sparring for at være tilstrækkelig opkvalificeret i at bruge et redskab. Desuden bliver der ved behov oplært andre medarbejdere i anvendelsen af et assessmentredskab.

Efter projektperioden fortsætter projektmedarbejderne med at mødes. Formålet er gensidig faglig sparring for at vedligeholde og udvikle kompetencer i anvendelsen af assessmentredskaber. Der vil ligeledes fortsat være mulighed for supervision ved psykologerne fra Team fra Misbrugspsykiatri, samt yderligere opkvalificering gennem eksterne kurser.

3.1.2 Vurdering og valg af egnede assessmentredskaber

På forhånd blev valgt 10 assessmentredskaber, som vi vurderede kunne give os oplysninger, der var brugbare i behandlingsindsatsen overfor denne målgruppe.

Efter gennemførelsen af to runder med disse redskaber foretog vi en vurdering af det enkelte redskabs anvendelse i Atriumhuset. Vurderingen gik især på følgende tre punkter:

- om assessmentredskabet reelt kunne gennemføres i praksis med målgruppen,
- om undersøgelsesresultaterne fra redskabet var nødvendig og anvendelig viden,
- om nogle redskaber lappede over hinanden med spørgsmål om samme emne.

De fleste redskaber kunne gennemføres i praksis, når beboeren var motiveret for det. Dog vurderede vi, at NeoPir ikke var anvendeligt overfor alle, da den var lang og kompliceret. Ligeledes oplevede flere medarbejdere, at KANBO kunne være vanskelig at gennemføre, dels pga. interviewets længde og dels pga. meget nærgående spørgsmål. Beboere med svære kognitive deficit kunne have vanskeligt ved at gennemføre flere af de længere interviews eller undersøgelser; men med tilstrækkelig hensyntagen til dette med pauser og/eller afbrydelser var gennemførelsen ofte mulig.

I forhold til spørgsmålet om anvendelig viden, havde vi undervejs allerede fravalgt Motivationsundersøgelsen, da vi vurderede, at svarene kunne svinge fra dag til dag, og dermed ikke kunne betragtes som en valid måling på graden af motivation.

De øvrige redskaber havde i flere tilfælde givet os både nødvendig og anvendelig viden. De enkelte redskaber gav dog ikke anvendelig viden omkring alle beboere, hvilket skyldtes en eller flere af følgende faktorer:

- den eksisterende viden var tilstrækkelig i forvejen,
- beboeren havde ikke de undersøgte problemstillinger,
- beboerens svar ikke var fyldestgørende,
- resultatet var dobbeltydigt, ikke validt eller lign.

Der var flere af redskaberne, især ASI og M.I.N.I., som overlappede hinanden vedr. spørgsmål om beboerens fortid og brug af rusmidler, hvilket kunne opleves negativt for beboeren. Begge disse redskaber kunne tilpasses, så disse overlap blev undgået. Udfra ovenstående betragtninger har vi valgt en kombination af to standard undersøgelser og en "værktøjskasse" med mulige tilvalgs-undersøgelser.

Standard-undersøgelser består af:

- De samlede kognitive undersøgelser, da de giver en meget anvendelig og grundlæggende viden, som ofte ikke er belyst tidligere.
- KANBO, da den i forvejen er obligatorisk og i øvrigt giver meget viden om beboerens selvindsigt, og vedkommendes ønsker om støtte.

Værktøjskassen består af:

- ASI - Addiction Severity Index, - afklaring af misbruget og dets belastningsgrad
- PANSS - Positive And Negative Syndrome Scale, - afklaring af psykotiske symptomer
- M.I.N.I. - Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview, - diagnostisk interviewsystem
- Hamiltons Depressions Skala, - afklaring af depression
- MCMI III - Millon Clinical Multiaxial Inventory, - afklaring af personlighed.

Kort efter en beboers indflytning er medarbejderteamet med til at vurdere, hvilke tilvalgsundersøgelser fra værktøjskassen vi har behov for at gennemføre i det konkrete tilfælde. Der vil i første omgang typisk blive valgt 3-4 redskaber fra "værktøjskassen".

3.2 Gennemførelsen af interview/undersøgelse

Vi har gennemført to runder med assessmentredskaber og har nu løbende afklaring af nytilkomne beboere. Vi har afprøvet forskellige rammer og tilgange til gennemførelsen af et interview/undersøgelse, og dermed opnået et katalog af muligheder.

Men for os har en vigtig dimension også været, hvad beboere og medarbejdere synes om at anvende assessmentredskaber.

3.2.1 Beboernes oplevelse

Efter afslutningen af den første runde blev der lavet en undersøgelse af, hvordan beboerne havde oplevet at deltage ved de gennemførte interviews og undersøgelser. Spørgsmålene kan ses i bilag 6.

Der blev lavet 8 besvarelser ud af 10 mulige. De to beboere, der ikke besvarede, havde heller ikke deltaget til alle assessmentredskaber. Yderligere 3 personer deltog ikke til alle assessmentredskaber. Disse 3 beboere anførte ved undersøgelsen begrundelsen for deres modstand som følgende:

- For mange spørgsmål.
- Uinteressante/irrelevante spørgsmål.
- Havde ikke selv interesse i at deltage.

	1 Ikke godt	2	3 OK	4	5 Meget godt
Hvordan synes du, det har været at deltage?		1	4	1	2
Hvad synes du om længden af interviews og opgaver? (1 = alt for lange)	2	1	4		1
Synes du, det var rart at få opmærksomhed til at kunne fortælle om dig selv?			3	3	1

Tabel 4. Fordeling af beboernes vurderinger vedr. deltagelse i interviews/opgaver.
Antal N = 9.

Tabellen viser besvarelser tilhørende 3 spørgsmål fra undersøgelsen af beboernes oplevelse. Tallene under kolonnerne 1 - 5 angiver antal besvarelser indenfor kategorien. Der var generelt tilfredshed med at deltage. 4 personer svarede, at det havde været "ok" at deltage, og 3 svarede "godt" eller "meget godt" (se tabel 4). 7 ud af de 8 besvarelser lå altså i den bedste halvdel på en skala fra 1-5. Besvarelserne pegede i retning af, at beboerne i alderen 30 - 32 år havde haft den bedste oplevelse med deltagelsen, samt syntes, det var godt med opmærksomheden fra personalet/intervieweren (svarede 4 eller 5).

Besvarelserne indeholdt desuden følgende udsagn:

Y: "Ved hjælp af spørgeskemaene var det nemmere at forklare, hvordan jeg har det".

X: "Det er hyggeligt at sidde sammen med personale. Min uro forsvinder, stemmerne får ikke plads, og jeg ryger ikke hash så længe."

Z: "Jeg har været glad for at være med. Jeg har lært meget om mig selv."

Æ: "Godt, - fordi det virker som en lygte i mørket."

Vi kunne af besvarelserne ikke se nogen sammenhæng mellem beboernes oplevelse af at deltage og længden af deres opholdstid i Atriumhuset.

Som kritik anførte flere, at interviewene var for lange, eller at der samlet var for mange interviews/undersøgelser. Især beboerne fra 40 - 45 år syntes, at de gennemførte interviews og undersøgelser var for lange:

Ø: "Det var lidt hårdt pga. mange spørgsmål."

Å: "Det var hårdt at koncentrere sig så længe, - jeg var træt bagefter."

I forhold til spørgsmålet om, hvem de foretrak som interviewer, var besvarelserne meget forskellige. Der var dog en del, der udtrykte, at de ønskede at have et vist kendskab til

pågældende person.

3.2.2 Medarbejdernes oplevelse

På trods af interesse for projektet var der hos flere af projektmedarbejderne i begyndelsen en vis skepsis overfor anvendelsen af assessmentredskaber og antallet af udvalgte assessmentredskaber. Omtrent halvvejs i projektet opdagede vi, at denne skepsis stort set var forsvundet. Der imod havde vi nu forståelse for og ejerskab for brug af assessmentredskaber. Set i bagklogskabens klare lys var vores skepsis fra starten affødt af fordomme og manglende kendskab til de enkelte assessmentredskabers form og indhold, og dermed også manglende viden om, hvad resultaterne kunne give os.

Det har været svært at lave en generel vurdering på, om beboernes modstand blev mindre eller større i projektets levetid. Nogle beboere måtte vi opgive at afklare - ikke p.g.a. modstand - men p.g.a. deres psykiske tilstand. Særligt en enkelt beboer var under hele forløbet præget af mange psykotiske symptomer, kraftigt misbrug og voldsom trang, så det ikke var muligt at gennemføre alle de ønskede undersøgelser.

Andre beboere kørte træt efter nogle sessioner og afviste derefter at deltage ved yderligere interviews/undersøgelser.

Set fra medarbejdernes synsvinkel havde flere af disse beboere min. ét af følgende træk til fælles:

- En generel modstand mod at deltage i behandlingen, og derunder kom så også deltagelsen i interviews og undersøgelser.
- Svære kognitiv deficit, som vanskeliggjorde deltagelsen for beboeren.

Generelt oplevede projektmedarbejderne over tid en øget faglig tilfredsstillelse ved brug af assessmentredskaber. For det første fik de styrket eller tilført viden om psykopatologi. Ligeledes fik de brugbare redskaber til mere grundigt at undersøge brugerens oplevelser, tanker og følelser omkring et emne. En medarbejder sagde således efter et ASI-interview:

"Det er den bedste samtale, jeg nogensinde har haft med Q".

I arbejdet med denne målgruppe kan det være svært at se, hvornår man har gjort noget færdigt. Disse strukturerede metoder, hvor der var et tydeligt start- og slutpunkt, blev en positiv modvægt til de kontinuerlige arbejdsprocesser.

3.3 Undersøgelsesresultater

Overordnet set har samarbejdet omkring undersøgelsesresultaterne mellem de personer, der har forestået undersøgelserne, og det øvrige personale på Atriumhuset betydet, at der er sket en udvidelse af fokus i anvendelse af disse. Fra primært at opfatte assessmentresultaterne som redskaber, der kan hjælpe med til at afklare, hvilke styrker og svagheder den enkelte beboer har mhp. planlægning af behandling, er det igennem den fælles diskussion blevet klart, at resultaterne også har en vigtig funktion i forbindelse med opbygning og vedligeholdelse af en relation til beboeren. I den sammenhæng var resultater fra personlighedstesten, de kognitive undersøgelser, samt undersøgelser af graden af psykopatologi alle betydningsfulde. Undersøgelsesresultaterne gav klarhed over spørgsmålene, hvordan og ud fra hvilke

forudsætninger skal vi forstå og handle på, det beboeren siger og gør?

3.3.1 Afklaring af grad af psykopatologi

Skizofreni

Resultaterne fra PANSS undersøgelserne viser ikke overraskende, at beboerne som helhed ligger på niveau med den mest belastede fjerdedel i referencesamplet (Stanley et al 1987). Det er især bemærkelsesværdigt, at beboernes grad af negative symptomer for flertallets vedkommende ligger betydeligt over gennemsnittet for PANSS referencesamplet. Næst efter kognitiv dysfunktion er det de negative symptomer, der bedst forudsiger psykosocialt funktionsniveau hos personer med skizofreni.

Angst og depression

Der er fundet en del beboere med symptomer på angst og depression via M.I.N.I. (Lecrubier et al 1999). Resultaterne tydeliggør, at der er behov for tilbud om behandling af angst og depression. En betydelig del af de beboere, som lider af angst har agorafobi, som begrænser dem meget i dagligdagen. I mange af disse tilfælde vil en relativt beskedne intervention, i form af kognitiv terapi sandsynligvis kunne gøre en forskel. Det samme er gældende for depression, hvor der i et par tilfælde er opstartet medicinsk behandling med effekt.

Personlighed

Der viste sig i projektperioden behov for en personlighedsvurdering, som en del af undersøgelserne. Personalet oplevede et stort behov for en bedre forståelse af beboernes adfærd i relationer med andre. I forbindelse med dette blev personlighedstesten MCMI III (Millon et al 2003) inddraget i undersøgelsesprogrammet. Iblant de beboere, som blev testet, blev der fundet adskillige med personlighedsforstyrrede træk. Da de alle samtidigt var diagnosticerede skizofrene, kunne der dog ikke formelt stilles en diagnose indenfor personlighedsforstyrrelser. Det udelukker dog ikke tilstedeværelsen af personlighedsforstyrrede træk hos personen. Det kan være særdeles betydningsfuldt at tage de personlighedsforstyrrede træk i betragtning, når man indgår i en behandlingsmæssig relation. Netop data omkring personlighedstræk og deres betydning for opbygningen af relation med beboerne har personalet fundet særdeles brugbart i det daglige arbejde.

3.3.2 Kognitiv funktion

Resultater af neuropsykologisk interview

En betydelig del af beboerne kan berette om, at de har været igennem en besværlig fødsel. Ligesom flere kan berette om alvorlige hovedtraumer (43%) senere i livet. Dette betyder, at andre faktorer end beboernes skizofrene sygdom og misbrug må tages i betragtning, når den enkelte beboers kognitive funktion skal vurderes.

Opmærksomhed

d2 testen viser, at en betydelig del af undersøgelsespersonerne har problemer med opmærksomhed. Over 50 % af beboerne ligger på niveau med de 20 % svageste i referencesamplet (Brickenkamp 1993). Det betyder, at beboeren kan have svært ved at fastholde koncentrationen, samt diskriminere imellem forskellige stimuli. Dette tyder på, at

der ved introduktion af nyt indlæringsstof overfor disse beboere skal være opmærksomhed på at præsentere stoffet langsomt og med ét emne ad gangen.

Den anden halvdel af beboerne klarer sig fra gennemsnitligt til særdeles godt.

Eksekutive funktioner

Når man samlet ser på resultaterne vedrørende eksekutivfunktion, viser der sig en tendens til, at en gruppe af beboerne synes at have store problemer, mens en anden mindre gruppe synes at være godt til særdeles godt fungerende.

I blandt de beboere, som havde problemer med testen, optrådte der en betydelig grad af perseveration i prøveresultaterne (dvs. holder fast i en løsning selv om den ikke længere er den rigtige).

Wisconsin testen viser, at hele 42% af beboerne ligger på niveau med de 5% svageste i referencesamplet (Heaton 1995).

Korttidshukommelse

Resultaterne fra talspændvidde prøven viser, at korttidshukommelsen er intakt hos de fleste af beboerne. Kun et par enkelte synes at have større problemer her. Hos disse kan det dog være nødvendigt at minimere de stimuli, som er omkring dem, når de skal forholde sig til ny information. Desuden kan det være vigtigt at sikre sig, om beboeren overhovedet kan huske, den besked han lige har fået. Jvf. beboeren som glemte, at han var blevet vækket få minutter forinden således, at det hele tiden for ham forekom at være første gang - til stor irritation for personalet.

Arbejdshukommelse

Arbejdshukommelsen blev målt ved talspændvidde og Reys 15 ord. Den viste sig at være reduceret hos flertallet af beboerne. Ud fra Garcias (2004) resultater kan man forvente en vis forbedring af arbejdshukommelsen ved ophør med misbrug.

Der blev hos nogle af beboerne fundet konfabulation i Reys 15 ord. I de tilfælde hvor der blev fundet 3 eller flere konfabulationer, kunne der påvises et tidligere massivt forbrug af alkohol. Fredens (2004) peger på, at problemer med arbejdshukommelse kan give sig til udtryk som konfabulation.

Via information fra personalet blev der fundet yderligere symptomer på Korsakoffs syndrom hos disse personer i form af problemer med kronologisk hukommelse og problemer med indlæring.

I forbindelse med disse fund blev det tydeligt, hvor vigtigt det er at være opmærksom på disse diskrete symptomer, så der straks kan igangsættes en medicinsk behandling, der kan forhindre en yderligere forværring af symptomerne.

Langtidshukommelse

Beboerne viste sig også her at have store problemer. Ifølge det forventede ud fra referencesamplet (Nielsen, Knudsen og Daugbjerg, 1989) skulle beboerne kunne huske 11 ord. Resultatet blev et gennemsnit på 5,4 ord iblandt beboerne. Alle beboere havde problemer i denne prøve. Ingen kunne huske mere end 8 ord.

Indlæring

Indlæring, som målt ved Reys 15 ord, viste sig for alle beboernes vedkommende at ligge

markant under det forventede gennemsnit på 48. Dette er ikke overraskende når beboernes problemer med langtidshukommelse tages i betragtning. Gennemsnittet for beboerne lå på 28 indlærte ord.

Dette resultat viser, at der i høj grad i den daglige behandling bør tages hensyn til, at en stor del af beboerne har svært ved at lære nye kompetencer. Alle tiltag, der vil kunne hjælpe dem med at fastholde det nye, de skal lære, vil derfor være en hjælp. Eksempelvis vil rutiner omkring skriftliggørelse og gerne brug af tavle i det daglige arbejde være en fordel.

3.3.3 Diskussion

Projektet har tydeliggjort en tendens til, at man overser anden psykopatologi hos skizofrene med misbrug. Via det diagnostiske interview M.I.N.I. blev der fundet en del beboere med angst og depression, hvor disse lidelser ikke tidligere havde fået behandlingsmæssig opmærksomhed.

Også afklaring af personlighedsforstyrrede træk viste sig at være betydningsfuldt i forhold til relationsarbejdet med beboeren. Disse fund viser, at det kan være nødvendigt at se beboerne som tredobbelt eller firdobbelt diagnostiserede i stedet for kun at se dem, som dobbeltdiagnoseklinter.

I modsætning til forventet har vi ikke fundet nogen afgørende reduktion af korttidshukommelsen hos flertallet af beboerne. Derimod har det vist sig, at flere beboere har problemer med arbejdshukommelsen. I enkelte tilfælde har dette vist sig som symptomer på Korsakoffs syndrom hos personer, hvor denne diagnose ikke tidligere har været overvejet. Viden om en begyndende Korsakoff kan være af allerstørste betydning i forbindelse med præventiv vitaminbehandling.

Langtidshukommelse og indlæring synes reduceret hos alle beboere. Undersøgelser viser dog, at når materialet er lagret hos personen med skizofreni, så huskes det ligeså godt som hos andre personer (Green 2003). Dette betyder, at gentagelse af nyt stof er vigtigt. Ligeledes at det ikke er omsonst at arbejde med beboernes indlæring af nye færdigheder, men at det for mange af beboerne vil kræve en større indsats end hos personer med intakt hukommelse.

Undersøgelsesresultater i forhold til opmærksomhed og eksekutive funktioner har vist en tendens til polarisering af beboerne i en gruppe på over halvdelen, som har store til meget store problemer. Resten derimod har gode til meget gode evner indenfor dette område. Personer med svage præstationer i forhold til eksekutive funktioner vil i mange tilfælde have svært ved at profitere af behandlingsformer, der kræver abstraktion så som samtalebehandling. De vil i stedet for kunne profitere bedre af behandling, der vægter direkte adfærdsmodifikation og øvelser.

Samlet set kan det være vanskeligt at pege på, hvor meget effekt en målrettet behandling af beboernes kognitive problemer vil kunne medføre, da årsagerne til problemerne, som tidligere beskrevet, er multifaktorielle. Nogle af faktorerne er irreversible, mens andre kan forventes at bedres. Chancerne for forbedring af tilstanden er moderat for den del, der skyldes fødselsskader, ulykker og skizofren sygdom, mens der ifølge Garcia (2004) kan forekomme en mere markant forbedring af specielt den eksekutive funktion ved ophør med misbrug.

To faktorer kan hjælpe beboerne i deres dagligdag. Den ene er kognitiv træning, den anden er tilpasning af miljøet og relationsstilen i forhold til personens kunnen.

Kognitiv træning af især evnen til opmærksomhed synes lovende ifølge Fredens (2004), men har ikke systematisk været afprøvet på Atriumhuset endnu.

Tilpasning af miljø og relationsstil er allerede gennemført i den daglige behandling og styres ud fra følgende retningslinier:

- Struktur i hverdagen.
- Skriftliggørelse af en plan for dagens forløb og opgaverne i den.
- Hold fast i de behandlingsmæssige rutiner (ingen eksperimenter).
- Opdeling af opgaver i mindre dele.
- Undgå flere stimuli på en gang.
- Overindlæring af adfærdsstrategier.
- Direkte adfærdsmodifikation.

3.4 Vidensdeling af undersøgelsesresultater

De første umiddelbare reaktioner fra medarbejderne på at høre resultaterne omkring de enkelte beboere var typisk begejstring.

"Jeg er dybt imponeret over alt det, der er kommet ud af det, - det er overraskende."



Undersøgelsesresultaterne og de efterfølgende diskussioner med personalet på Atriumhuset har vist, hvor betydningsfuldt viden om personlighed, psykopatologi og kognitiv funktion er i

det daglige arbejde med beboerne. Tilbagemeldingerne fra personalet tyder på, at en omhyggelig og gennemarbejdet afklaring på basis af et assessmentbatteri umiddelbart letter arbejdet, giver færre gnidninger og mere effektivitet i afklaringsarbejdet.

3.4.1 Større viden om beboerne

Det gav generelt en større viden om den enkelte beboer, som kunne deles op i fire kategorier:

- bekræftelse af formodninger fra lang tids klinisk observation og erfaring,
- en fælles forståelse af beboernes problemstillinger,
- ny og måske overraskende viden,
- AHA-oplevelser, - forklaringer på beboerens adfærd eller manglende effekt af behandlingsindsats.

Nedenstående udsagn fremkom ved en rundspørge blandt alle medarbejderne vedr. hvilke undersøgelsesresultater, de anvendte i praksis.

Eksempler på bekræftelse:

"Undersøgelsen viste, at X ikke kan fastholde en strategi og har svært ved at lære nyt. Det bekræftede, at der i læringsituationer skal lægges en ydre struktur med faste rutiner."

"I ft. W er jeg blevet stadfæstet i de antagelser, jeg havde i forvejen. Dels at når han er meget presset, er det kun indlæggelse, der dur, og dels at vi skal udtrykke os kort, klart og konkret."

Eksempler på fælles forståelse:

"Tidligere forblændede U os med sine ord, - gjorde sig selv bedre. Undersøgelsesresultatet viste, hvor syg han reelt er. Tvivlen i kollegagruppen er stoppet. Vi har fået et fælles billede og en fælles ambition, om hvad han kan/ikke kan."

Eksempler på ny, overraskende viden:

"Undersøgelsen viste, at V var så deprimeret, at han faktisk ikke kunne verbalisere det. Han var ny i huset, og vi kendte ham kun, som meget tavs, og så ikke, at hans stille væsen blev forsterket af en depression."

Eksempler på AHA-oplevelser:

"Undersøgelsesresultatet viste begyndende demens. Det var tydeligt på turen til Randers Regnskov. Ø kunne slet ikke finde rundt selv og skulle have følgeskab."

"Å er ikke doven og sløv, men han har ekstremt dårlig hukommelse og kan ikke huske efter kort tid, hvad vi beder ham om at gøre."

Fremlæggelserne medførte også mere generel viden om målgruppen, hvilket ses af følgende eksempler:

"Det har været rigtig godt at sammenligne dem.....man kan placere deres evner i forhold til hinanden."

"Det har været rart at høre, hvor dårlige flere af beboerne faktisk er. Før havde jeg tilbøjelighed til at lade mig irritere over dem, men kan nu se deres handlinger i en større sammenhæng."

3.4.2 Viden til gavn for relationsarbejdet

På forespørgsel hos medarbejderne om, hvad resultaterne havde betydet for dem, var der flere svar, der pegede i retning af en "lettelse som kontaktperson".

"Det er blevet perspektiveret, hvor langt man kan gå, og hvor meget/lidt man må presse på ovefor Y. Det er blevet lettere at være kontaktperson."

"Vi havde fået meget lidt information om V, samt meget begrænset kommunikation fra ham til os som kontaktpersoner. I kraft af interviewet fortalte han meget mere og detaljeret. Så resultatet viste os, hvilket kaos han indeholdt. Nu forstår vi bedre V's tavshed, - hvilket gør det lettere at være kontaktperson."

Sammen med mange af de øvrige eksempler pegede det i retning af, at resultaterne gav en indsigt, der lettede relationsarbejdet. Vi fik en mere hensigtsmæssig tilgang til beboeren og mere realistiske forventninger og krav til vedkommende.

3.5 Implementering af undersøgelsesresultater i praksis

Generelt viste vores erfaringer, at implementeringen tog tid og i nogle tilfælde var vanskelig. Skridtet fra vidensdeling til implementering bestod først i at inddrage resultaterne i drøftelser omkring den enkelte på teammøder og behandlingskonferencer, dernæst en beskrivelse af den tilpassede indsats som strategier i cardex og til sidst en implementering i medarbejdernes praksis.

Det skete oftere og oftere, at der blev henvist til undersøgelsesresultater under vores almindelige drøftelser om problemstillinger og mulige strategier vedr. en beboer. I flere tilfælde blev den indsamlede viden også brugt som dokumentation i forbindelse med videre visitation til en anden boform.

Til gengæld blev der kun skrevet ganske få strategier på baggrund af undersøgelsesresultaterne i beboernes cardex. Ligeledes kunne der være tvivl om, hvor meget resultaterne var blevet implementeret i medarbejdernes praksis.

Én af årsagerne var, at de resultater, der havde karakter af bekræftelse af eksisterende formodninger, ikke nødvendigvis skulle føre til ændrede strategier og ændret praksis; - men der imod til fastholdelse af eksisterende og egnede strategier og praksis. En anden årsag kunne være, at resultaterne ikke altid gav entydige svar i forhold til, hvad passende indsats burde være.

3.5.1 Eksempler fra medarbejderne

For at indsamle data omkring implementeringen bad vi efter anden runde med assessmentredskaber de enkelte medarbejdere give eksempler på, hvor resultater fra undersøgelserne havde ændret eller stadfæstet hans/hendes praksis.

Ud af 13 udsurgte medarbejdere gav 6 medarbejdere ét eller flere eksempler. Eksemplerne drejede sig om 11 forskellige beboere ud af 14. Eksemplerne var særligt indenfor områderne "kognitive evner" og "relationsarbejde", hvilket peger på, at her var implementeringen af undersøgelsesresultater godt i gang.

Eksempler vedr. kognitive evner:

"Undersøgelsen viser, at han har svært ved at omsætte fra ord til handling, samt har svært ved at fastholde strategi/ny læring. Derfor er jeg blevet opmærksom på at billedliggøre instrukser, f.eks. viser jeg konkret, hvordan han kan stå under bruseren uden at få vand i hovedet. Ligeledes giver jeg mig ekstra god tid ved samtaler med alvorligt indhold. Jeg beder ham flere gange undervejs forklare, hvordan han har forstået det."

"I kraft af undersøgelsens spørgsmål blev det muligt at se hans depression og i hvor svær grad. Det har nu betydet, at han er i antidepressiv behandling."

"Undersøgelsesresultater har betydet, at hans gode kognitive evner er kommet til syne. Nu arbejder han sammen med vores psykolog om at vedligeholde og evt. styrke de kognitive evner ved hjælp af et computer-træningsprogram."

Eksempler vedr. relationsarbejde:

"Umiddelbart efter KANBO-interviewet blev der udfra beboerens ønsker lavet ændringer i udbetalinger af lommepenge, samt vedr. administration af medicin."

"Givtigt at få dokumenteret alkoholskade [konfabulerer, når han ikke kan huske], samt hans personlighed med tendens til stridbarhed. Det har ændret vores tilgang, når han har en anden opfattelse af, hvad der er sket. Før endte vi i endeløse diskussioner og blev irriteret over hans påståelighed. Nu lader vi ham fortælle sin version, fortæller dernæst vores version og går hver til sit uden at gå i diskussion. Derved har vi undgået en del konflikter med ham, og efter nogle dage har han ofte taget vores version til sig."

Den ene af de 3 beboere, hvor der ikke var eksempler, var i mellemtiden flyttet. De andre 2 beboeres resultater blev begge fremlagt på dagen, hvor der var 4 fremlæggelser på én dag. Set i lyset af dette, kan det være en hæmmende faktor i ft. implementering med mange fremlæggelser oven i hinanden.

De manglende svar fra medarbejderne i denne rundspørge kunne også handle om faktorer som:

- Manglende bevidsthed omkring egen praksis - tavs viden.
- Manglende opmærksomhed på resultaternes betydning.
- Manglende viden om, hvad der er passende praksis i ft. nogle resultater.

3.5.2 Analyse af fremmere og hæmmere i implementeringsfasen

Senere lavede projektgruppen en analyse af hvilke faktorer, der henholdsvis fremmer eller hæmmer implementeringsprocessen. Derfra kunne vi fremtrække følgende:

Implementering var nemmest/hurtigst når:

- Det omhandlede en beboer med relationer til mange medarbejdere.
- Det omhandlede en beboer med behov for støtte eller grænsesætning fra mange medarbejdere i ft. adfærd eller psykisk lidelse.
- Resultatet gav en forståelse for beboerens vanskeligheder/adfærd, og dermed

- tydeliggjorde, hvad en tilpasset indsats skulle være.
- Konkrete forslag til praksis kom frem i forbindelse med fremlæggelsen.
 - Når en tilpasset indsats indeholdt metoder, som på forhånd var kendt af personalet.
 - Når eksempler på ændret praksis (de gode historier) fortælles fra medarbejder til medarbejder.

Implementering var svær, når:

- Medarbejderen skulle modtage og omsætte viden om flere beboere på én dag.
- Undersøgelsesresultaterne var uklare, modstridende eller lign.
- Medarbejderne manglede viden om, hvad der var passende metode/strategi overfor en given problemstilling.
- Implementeringen kolliderede med akutte eller andre større opgaver.

3.5.3 Opsummering

Samlet kunne vi konkludere, at implementeringen af undersøgelsesresultater var i gang. Nogle af resultaterne havde medført mere bevidste valg af strategier og metoder hos medarbejderne, og dermed en mere akækvat og kvalificeret indsats. Det var dog ikke altid en naturlig følge, og der var til stadighed behov for, at implementeringen blev understøttet med en struktur til fælles drøftelser og erfaringsudveksling, samt undervisning omkring særlige problemstillinger.

3.6 Styrkelse af dokumentations- og evalueringsdel

3.6.1 Database og kompendium

Vi har ved brug assessmentredskaber dels opnået en god dokumentation af den enkelte beboers problemstillinger, og dels en mulighed for måling af forandring over tid på udvalgte parametre. Dokumentationen foreligger både i et skriftligt kompendium og i en database. Kompendiet fungerer, som en beskrivelse og tolkning af de samlede resultater vedr. en beboer.

Databasen fungerer, dels som opsamling, og dels til bearbejdning af data. Således har vi også fået en dokumentation af den samlede målgruppes karakteristika og problemstillinger, samt udarbejdet dokumentation i form af deskriptiv statistik.

Dokumentationen har i flere tilfælde været brugbar i forhold til eksterne samarbejdspartnere og er blevet anvendt, når beboere skulle visiteres videre til en anden boform.

3.6.2 Evaluering af indsats

Anden runde med assessmentredskaber skulle oprindeligt fungere som evaluering af en indsats tilpasset den enkelte beboers ressourcer og problemstillinger, som var kommet frem i første runde. Som tidligere nævnt var implementeringen dels forsinket, og dels tog den længere tid end beregnet, så reelt blev målingerne i anden runde ikke en evaluering af en tilpasset indsats, men snarere en måling i forhold til vores oprindelige indsats.

Vi drøftede muligheden for at lave en tredje runde med assessmentredskaber for at få en evaluering af den ændrede indsats på basis af undersøgelsesresultaterne. Dertil ville det være

nødvendigt med en dokumentation af indsats - både fra tidligere og nu. Men som omtalt tidligere blev disse beskrivelser af indsats ikke altid lavet. Ligeledes havde vi jo konstateret, at der stadig manglede en implementering af nogle undersøgelsesresultater i praksis. Vi valgte derfor at intensivere fokus på implementering af resultater i praksis fremfor at bruge kræfter på en tredje runde til evaluering af vores indsats.

3.7 Andre resultater

Overordnet set har implementeringen af assessmentredskaber på Atriumhuset på tværs af faggrupper givet et fælles sprog og nogle rammer til at underbygge de kliniske observationer, som er en del af opgaven i det daglige arbejde. Samtidig virker det til at opkvalificere de faglige drøftelser på teammøder og behandlingskonferencer.

Der er udviklet en ny opmærksomhed og et mere nuanceret syn på sygdom, symptomer og behandling.

Sidst men ikke mindst har det sikret, at personalet får en mere præcis viden om personlighed, psykopatologi og kognitiv funktion, som giver et grundlag for at forstå relationer til beboerne.

”Jeg synes, det har været lærerigt. Det er ligesom at få repeteret teorien samtidig med, at der kan sættes konkrete personeksempler på.”

Arbejdet med de svære dobbeltdiagnosticerede brugere kan være tungt og til tider opslidende for medarbejderne, fordi de forventede/ønskede resultater ikke altid kommer. Som beskrevet i tidligere afsnit har vi nu fået et mere realistisk grundlag, som sikrer, at de behandlingsmæssige ambitioner kommer til at ligge på et realistisk niveau, hvilket i sidste ende kan være en vigtig faktor i forhold til at undgå udbændthed.

4. Afslutning

4.1 Anbefalinger

4.1.1 Til projektmagere generelt

Ved opstart af et projekt er det givet godt ud at bruge tid på drøftelser, hvor rammer, ressourcer, kompetencer og mål bliver forstået og kendt af alle. Det er også givtigt at blive enige om afklaring/definition af div. begreber, som bruges i forbindelse med projektet.

En detailplanlægning skal indeholde overvejelser omkring valg af metoder, samt tilhørende konsekvenser og milepæle, og der er mulighed for at justere undervejs. Detailplanlægningen skal også omfatte en plan med metoder og ressourceforbrug til implementeringsdelen, således det bliver en indarbejdet del i det samlede projekt, og de enkelte dele i planlægningen understøtter hinanden. Desuden gør vi opmærksom på, at implementering ofte tager længere tid og koster flere ressourcer, end man forventer, hvis resultatet skal holde i længden og ikke blot ende i skuffen.....

I ansøgninger om økonomiske midler skal alle typer af forventede udgifter beskrives. Forinden er det nødvendigt med mere detailplanlægning end den overordnede idé, så der er svar på hvilke udgifter, der må forventes i de forskellige projektfaser - planlægning, udførelse, implementering og evaluering/erfaringsopsamling. F.eks. kan det blive nødvendigt at frikøbe personale eller tilkalde vikarer på en døgninstitution i forbindelse med uddannelse af det faste personale eller ved temadage i forbindelse med fremlæggelse eller implementering af projekterfaringer.

4.1.2 Anvendelse af assessmentredskaber

Informationen om assessmentredskaber til brugere og medarbejdere skal for at imødegå evt. modstand tydeliggøre, hvordan de hver især kan få gavn af at deltage. F.eks. hvordan et struktureret interview kan hjælpe brugeren med at sætte ord på (forklare) hans/hendes symptomer, så medarbejder/behandler kan tilpasse indsatsen bedst muligt derefter.

De personer, der skal oplæres i anvendelsen af assessmentredskaber, bør kun oplæres med kursus og efterfølgende træningsmuligheder i ét redskab ad gangen. Dermed sikres hurtigere en god standard i udførelsen.

De medarbejdere, der står for udførelsen af interviews mv., bør have en stor grad af fleksibilitet i deres program. De skal kunne gå i gang her og nu, når brugeren er motiveret og tilgængelig. Planlagte aftaler er svære at fastholde med denne målgruppe.

Under et interview er det vigtigt med god tid med plads til pauser og trygge rammer, så brugeren får en positiv oplevelse og ikke får præstationsangst. Der skal gives positive tilkendegivelser overfor brugeren undervejs, så alle udsagn opleves som vigtige.

I forbindelse med fremlæggelse af undersøgelsesresultater skal der til udenforstående medarbejdere være orientering om det enkelte assessmentredskabs form, indhold, og på hvilken måde resultatet kan anvendes i praksis.

Det kan være svært at modtage og omsætte mange resultater på én gang. Det kan derfor

overvejes, hvor mange resultater, der skal fremlægges ad gangen. Implementeringen af resultater i metoder og praksis kræver fokus over tid med en fast ramme og støtte fra ledelsen.

4.2 Perspektivering

Projektet er ved at blive afsluttet, men som beskrevet under resultater, vil en stor del af det leve videre som en fast del af Atriumhusets koncept og hverdag. Tilmed har det haft afsmittende effekt på husets videre udvikling.

En naturlig følge af opkvalificering af afklaringsfasen er en opkvalificering af den efterfølgende fase i vores koncept - "integreret behandling". En opkvalificering af denne fase er allerede nu påbegyndt ved implementering af undersøgelsesresultater fra assessmentredskaber, og vejen videre kunne indeholde følgende:

- Fortsat fokus og træning i at inddrage undersøgelsesresultaterne omkring den enkelte beboer, således at indsatsen bliver mere og mere tilpasset personens ressourcer og problemstillinger. Herunder styrkelse af vores behandlingsindsats overfor depression og angst, opøvelse i brug af indlæringsstrategier ved svære kognitive deficit, samt bedre inddragelse af viden om personlighed i relationsarbejdet.
- Med bedre inddragelse af undersøgelsesresultaterne vil vores indsats blive mere baseret på bevidste valg af metoder og strategier. For at sikre en tilsvarende dokumentation af dette skal vi opkvalificere vores beskrivelser af strategi og metoder.
- Med dokumentation af den enkeltes ressourcer og problemstillinger, samt dokumentation af vores indsats er der mulighed for en dybdegående effektevaluering af indsatsen i Atriumhuset. Virker det, som vi formoder? Derved får vi måske mere viden om, hvad der er egnede metoder til personer med psykisk lidelse og misbrug.

Der viste sig et behov for viden og kompetencer omkring flere tilstødende psykiatriske eller kognitive problemstillinger, hvorfor der har været undervisning for alle medarbejdere. Hvis der fremover fortsat viser sig nye problemstillinger, bør det overvejes om, der er en grænse for hvor mange kompetencer den enkelte medarbejder kan vedligeholde og udvikle? Hvis ja - skal den nødvendige specialviden og tilhørende kompetencer så deles ud på forskellige medarbejderteams? eller vil det i stedet være muligt at tilkalde/opsøge eksterne specialister i forhold til særlige problemstillinger? Måske er der også en grænse for hvor mange kompetencer huset kan rumme, hvilket derfor kan medføre en grænse for hvor mange forskellige problemstillinger, der kan være i beboergruppen?

Undervejs i projektet legede vi med tanken om, vi kunne anvende assessmentredskaber som et screenings-værktøj til at vurdere, inden han/hun visiteres hertil, om Atriumhuset er rette tilbud til pågældende bruger. Vi gik væk fra tanken igen, fordi vi mener, at det er vigtigt forinden at have tillid og kendskab bruger og interviewer imellem for at optimere graden af

ærlighed, samt for at kunne vurdere undersøgelsesresultatets validitet. I stedet kan det være det afgivende behandlerteam, der foretager en sådan screening.

Tidligt i en beboers ophold i Atriumhuset vil det for os være muligt at vurdere, om der evt. er tale om en fejl-placering hos os. Ligesom vi bedre vil kunne pege på, hvilke rammer og krav, der vil være mere hensigtsmæssige for personen. Allerede nu inddrages nogle undersøgelsesresultater efter længerevarende ophold på denne måde, som dokumentation i forbindelse med visitering videre til anden boform.

Vi kan også se muligheder i, at andre steder i socialpsykiatrien anvender assessmentredskaber. De steder, hvor opgaven er i retning af "udvikling hos brugeren", kan afklaring ved hjælp af assessmentredskaber opkvalificere valget af metoder i forhold til den enkelte brugers ressourcer fremfor, at vi "prøver os frem" over længere tid.

På steder, hvor målgruppen har komplekse problemstillinger, har anvendelsen af assessmentredskaber en berettigelse i forhold til at kunne afklare et lag dybere. Der kan opnås en bedre forklaring og forståelse af brugerens adfærd, samt en mulighed for at opkvalificere medarbejdernes tilgang til brugeren.

Især synes vi, at de kognitive undersøgelser bør tilbydes oftere i psykiatrien. Disse undersøgelser giver vigtige svar omkring adækvat indlæringsstrategi, hvilket kan være gavnligt for enhver støtteperson /behandler, - og dermed gavnligt for brugeren, som ikke behøves udsættes for metoder og mål, han/hun ikke kan mestre.

Sidst, men ikke mindst, fortsætter vi selv formidlingen af vores erfaringer med assessmentredskaber - både ved artikler i fagblade, samt med oplæg og workshops på konferencer.

Litteraturliste

KABOGA – et handleplansredskab for borgere med sindslidelse der bor i et botilbud.
Preben Bøgelund og Kirsten Paulsen. 2004, ISBN 87-90964-26-8, Videnscenter for Socialpsykiatri.

MCMI-III Millon Test til afklaring af personlighed.

T. Millon; R. Davis; C. Millon. MCMI-III.

Oversat ved Ask Elklit og Erik Simonsen. Kbh. Psykologisk forlag, 2003.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Vejledning.

T. Millon, MCMI-III, 2005. Dansk Psykologisk Forlag.

Schizophrenia Revealed.

Green MF. NewYork: Norton, 2003 ISBN 0-393-70418-1

Kognitive dysfunktioner hos patienter med skizofreni.

Torben Østergaard Christensen og Louise Brückner Wive. Psykolognyt 2004; 23:14-17.

Clinical Implications and Methodological Challenges in the Study of Neuropsychological Correlates of Cannabis, Stimulant, and Opioid Abuse.

A. V. Garcia. Neuropsychology Review 2004; 14:1-41.

Neuropsychological Assessment.

Lezak et al. 2004, ISBN 0-19-511121-4.

Psychological Bulletin 121, 114-132.

Peen et al. 1997.

Mennesket i hjernen.

K. Fredens. 2004, ISBN 87-7675-004-3.

Wisconsin Card Sorting Test - 64 card version.

R. K. Heaton et al. 1995, Psychological Assessment Resources Inc.

Wisconsin Card Sorting Test – Manual.

R. K. Heaton et al. 1993, Psychological Assessment Resources Inc.

d2 testen - en vurdering af opmærksomhed og koncentration.

R. Brickenkamp. 1993, Dansk Psykologisk Forlag.

Normative data for eight neuropsychological tests based on a Danish sample.

H. Nielsen, L. Knudsen, O. Daugbjerg. 1989, Scandinavian Journal of Psychology 30(1):37-45.

Essentials of WAIS-III Assessment.

A.S. Kaufman & E.O. Lichtenberger. John Wiley & Sons, INC. 1999, ISBN 0-471-28295-2.

The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS for Schizophrenia.
Schizophrenia Bulletin 1987; 131: 261-276.

PANSS Positive and Negative Syndrome Scale - Rating Kriterier.
S. R. Kay et al. 1999, Multi-Health Systems Inc.

Mini Diagnostisk Interviewsystem.
Y. Lecrubier et al.
Oversat af P. Beck et al.

Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview Dansk Version 5.0 Frederiksborg Hospital
Hillerød Denmark.

Projekt ALF Alkohol og Livsfokusering, Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier.
Per Nielsen et al. 2004, ISBN 87-980119-7-9, Behandlingshjemmet Ringgården.

Neuropsykologi, normalfunktion, demensformer og afgrænsede hjerneskader.
Håkan Eriksson. 2003, Hans Reitzels Forlag, ISBN 87-412-2523-6.

The Addiction Severity Index - An improved diagnostic evaluation instrument for substance
abuse patients.

A.T. McLellan, L.Luborsky, G.E.Woody, C.P. O'Brien, J.Nerv.Ment.Dis. Vol 168 [Issue 1],
26-33. 1980.

Bilag 1.

Overvejelser omkring brug af stoffer

Sæt en streg under de eller det udsagn der passer bedst på dig indenfor den sidste uge.

Mange som bruger stoffer bruger flere forskellige stoffer. Lav derfor et skema for hvert stof du bruger.

Dette skema omhandler mit brug af _____

Jeg overvejer aldrig at ændre mit forbrug af _____.	Indenfor de sidste 6 måneder har jeg overvejet om jeg mon skulle reducere eller stoppe mit forbrug af _____.	Jeg har taget en beslutning om, at jeg fra nu af eller fra en bestemt dato af vil ændre mit forbrug af _____.	Jeg er lige nu midt i at stoppe eller reducere mit forbrug af _____.

Jeg arbejder lige nu hårdt på at holde fast i at holde op eller reducere mit forbrug af _____.	Lige nu oplever jeg tilbagefald. Jeg er igen begyndt at bruge _____ på samme måde, som før jeg forsøgte at reducere eller stoppe mit brug.	Det er nu flere år siden, at jeg er stoppet med at misbruge _____, og jeg føler ikke trang til det længere.

Bilag 2.

Overvejelser omkring brug af alkohol

Sæt en streg under de eller det udsagn der passer bedst på dig indenfor den sidste uge.

Dette skema omhandler mit brug af alkohol.

Jeg overvejer aldrig at ændre mit forbrug af alkohol.	Indenfor de sidste 6 måneder har jeg overvejet om jeg mon skulle reducere eller stoppe mit forbrug af alkohol.	Jeg har taget en beslutning om, at jeg fra nu af eller fra en bestemt dato af vil ændre mit forbrug af alkohol.	Jeg er lige nu midt i at stoppe eller reducere mit forbrug af alkohol.

Jeg arbejder lige nu hårdt på at holde fast i at holde op eller reducere mit forbrug af alkohol.	Lige nu oplever jeg tilbagefald. Jeg er igen begyndt at bruge alkohol på samme måde, som før jeg forsøgte at reducere eller stoppe mit brug.	Det er nu flere år siden at jeg er stoppet med at misbruge alkohol, og jeg føler ikke trang til det længere.

Bilag 3.

Hej alle kontaktpersoner!

Vigtig nyt fra projekt DD!!!! find din kalender frem, så du kan notere datoer og opgaver!

Formidling på teammøder:

Alle undersøgelsesresultater gennemgås samlet for hele teamet.

ASI og KANBO dog kun overordnet (særlig interessant viden), da de er blevet gennemgået i detaljer med kontaktpersoner.

Formål med gennemgang på teammøder:

- videreformidling af resultater
- fælles AHA-oplevelser
- debat om evt. ny strategi

Derefter overlades til kontaktpersoner om at omætte viden til ny strategi/indsats. Derfor skal I på forhånd planlægge tid til sammen at fordøje og omsætte den nye viden!!

Der er planlagt god tid mellem teammøderne så kontaktpersonerne får tid og arbejdsro til at omsætte den ny viden, inden de skal forholde sig til ny viden om en anden beboer.

Der vil efterfølgende på teammøder og fælles teammøder blive holdt fast i emnet ved spørgsmålene:

- Hvad er den ny strategi? Ny metode?
- Hvordan går det med at udføre ny strategi i praksis?

Planen er følgende:

Onsdag d.2.3. kl.9 - 12: Team 2 skal høre om Dxxxx og Sxxxxx

Onsdag d.23.3. kl.9-12: Team 1 skal høre om Cxxx og Bxxxx (Hanne skal deltage!)

Onsdag d.27.4. kl.9-12: Team 2 skal høre om Kxxx og Mxxxx (Shahram skal deltage!)

Onsdag d.4.5. kl. 9 -12: Team 1 skal høre om Rxxxx, Txxxx og Axxxx(Hanne og Jens skal deltage!)

Onsdag d.1.6. kl.9-12: Cxxxxx og Mxxxxx

Hilsen Dorte.

Vejledning: omsætte resultater til strategi/metode:

PANSS:

OBS! hvor der er særlig høj score, hvordan kan dette begrænses?

Positive symptomer: obs medicinændring!

Negative symptomer: begrænses ved struktur, tilgangsform, etc.

Generelle symptomer:

MINI:

Hvad gør vi nu? Hvad kan vi yderligere gøre medicinsk eller terapeutisk/træning?

Depression: medicinsk behandling? se også evt. score v. Hamilton Depressions Skala.
Tilbagefaldsforebyggelse?

Angst, agorafobi og socialfobi: Hvordan afhjælpes det? har beboer egne strategier? hvilke nye mestringsstrategier kan vi lære ham? Evt. medicinsk behandling.
Tilbagefaldsforebyggelse?

Selvmoedsrisiko: Undersøges hvorfor det scores? tidl. selvmordsforsøg? Hvilke perioder skal vi være særligt obs på selvmordsrisiko? Hvordan kan vi begrænse risiko?

Obsessiv-kompulsiv tilstand: Undersøge tvangstanker og tvangshandlinger nærmere. Har beboer egne strategier? Hvilke nye mestringsstrategier kan vi lære ham?

Posttraumatisk stressreaktion: Undersøge nærmere. Hvordan forebygge/undgå??

Anoreksi og bullimi: Undersøge nærmere. Behandling??

KOGNITIVE TESTS:

Hvordan afhjælpe problemområder?

Hvordan udnytte evner? til hvad?

Hukommelse: Brug for mange påmindelser. Kalender, ugeplan (for hver uge), beskeder på skrift m.v.

Opmærksomhed: Undgå forstyrrelser ved samtale, eks. andre personer, telefon, rod og lyde. Brug tomt mødelokale el. lign. til samtale.

Fastholde strategi: Brug for påmindelser om rækkefølge i proces (eks. rengøring, bad). Lav evt. manualer / huskelister, "proces" pindes ud punkt for punkt, som kan følges.

KANBO: handleplan udarbejdes ved de problemområder som beboer og kp. sammen prioriterer.

ASI:

På hvilke områder udtrykker beboer behov for behandling/hjælp?

Hvad kan denne hjælp bestå af?

Giver vi allerede hjælp på dette område, men uden bevidsthed om det hos beboer?

HUSK

DD-resultater!!!

3 hjælpe-spørgsmål

i ft. at inddrage resultater fra DD
i drøftelser om beboer:

- Hvad siger resultaterne?
- Hvilke resultater bruger vi?
- Hvilke bruger vi ikke?

Spørgsmålene er tænkt som en støttende "struktur" i forhold til vedholdende at inddrage resultaterne omkring en beboer i drøftelser og praksis, så vores indsats tilpasses den enkeltes ressourcer og problemstillinger.

Ønsket er, at vi alle er ansvarlige for at bruge spørgsmålene på teammøderne. Vi har valgt enkle og genkendelige spørgsmål, så de hurtigt kan læres udenad.

Hvordan har det været at deltage i interviews og opgaver?

Spørgeskema til alle beboere i Atriumhuset:

Vi har nu haft vores projekt kaldet ”Dobbelthjælp til dobbeltramte” i gang siden sidste sommer. I daglig tale kalder vi det DD-projektet.

Projektet handler om at prøve forskellige interviews, opgaver og spørgeskemaer for at opnå en mere præcis viden om den enkelte beboers evner og vanskeligheder. Den viden vi får, håber vi kan være en hjælp, så vi kan give en passende støtte. Og dermed være en hjælp for dig som beboer til at klare evt. vanskeligheder.

Du er som beboer blevet spurgt flere gange om at deltage i disse interviews og opgaver.

Nogle gange har det været din kontaktperson eller en anden medarbejder fra Atriumhuset (f.eks. Hanne), og andre gange har det været Søren Søberg eller Eline Hyldager.

Vi vil nu gerne høre, hvad du har syntes om at være med. Hvad synes du har været godt, og hvad har været svært eller måske dårligt. Alle svar og meninger er velkomne!

Vi har i projektgruppen brug for dine svar, bl.a. for at kunne vurdere, hvilke interviews og spørgeskemaer vi skal fortsætte med at bruge i Atriumhuset, og hvordan det bedst gøres til en god oplevelse for deltagerne.

På forhånd tak fordi du vil bidrage med dine meninger om projektet!

Mange hilsner på projektgruppens vegne,
Dorte Elleby.

Spørgsmål:

Hvor længe har du boet på Atriumhuset?

Hvad er din alder?

Har du prøvet lignende interviews eller opgaver før? (sæt ring om:) JA NEJ
Hvis JA - hvad omhandlede det? evt. titel

Har du deltaget i alle de ønskede interviews eller opgaver i Atriumhuset?

sæt ring om det rigtige svar: JA NEJ

Hvis NEJ - hvad var din grund til at stoppe?

Hvordan synes du, det har været at deltage?
på en skala fra 1 - 5, sæt ring om det passende tal:

1	2	3	4	5
ikke godt		ok		meget godt

Hvis du synes, det ikke var godt, - hvad er grunden til?

Hvad synes du om længden af interviews og opgaver? sæt ring om det passende tal:

1	2	3	4	5
alt for lange		ok længde		alt for korte

Synes du det var rart at få opmærksomhed til at kunne fortælle om sig selv? sæt ring om det passende tal:

1	2	3	4	5
nej, slet ikke		ok		ja, meget rart

Synes du det var bedst sammen med din kontaktperson, en anden medarbejder eller med Søren? beskriv gerne hvorfor

De interviews, opgaver eller spørgeskemaer, der er blevet brugt, er:

KANBO - sammen med kontaktperson eller en anden medarbejder fra Atriumhuset
ASI - sammen med kontaktperson eller en anden medarbejder fra Atriumhuset
Motivationskema - sammen med kontaktperson eller en anden medarbejder fra Atriumhuset
Neuropsykologisk Interview - sammen med Søren Søberg
D 2 - sammen med Hanne
Reys 15 - sammen med Hanne
Talspændvidde - sammen med Hanne

Wisconsin - sammen med Hanne eller Søren
MINI - sammen med Søren Søberg eller Eline Hyldager
PANSS - sammen med Søren Søberg eller Eline Hyldager
Hamilton (HDS) - sammen med Søren Søberg

Skriv din mening om dem du kan huske! Interessant, kedelig, svær, lang eller andet?

Hvad var det bedste ved at være med?

Hvad var det værste ved at være med?

Hvad har du mere at sige om projektet?