

Utbildningsmanual MAPS inskrivning

David Öberg och Björn Sallmén

Pris: 250 kronor inklusive moms

Utbildningsmanual MAPS inskrivning

David Öberg och Björn Sallmén.

Svensk översättning av Björn Sallmén och David Öberg.

Utgiven av Stiftelsen Project MAPS, Maastricht, The Netherlands, 2004.

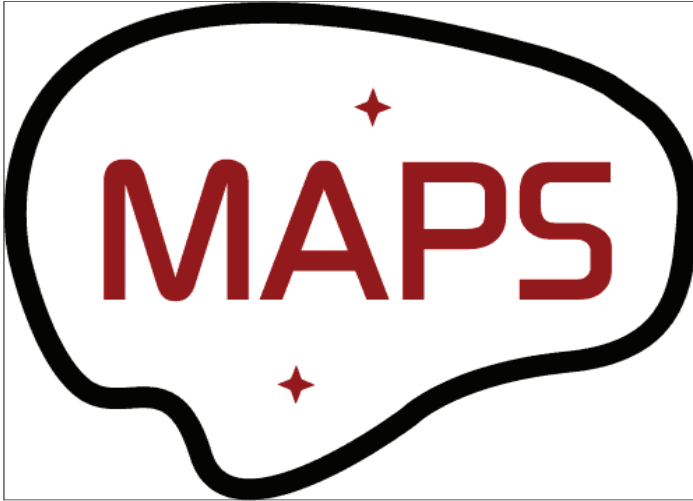
2005-05-14

**© 2002 David Öberg och Björn Sallmén.
Alla rättigheter tillhör författarna**

Ingen del av denna manual får reproduceras, lagras elektroniskt, kopieras, mikrofilmas eller på annat sätt mångfaldigas utan skriftligt medgivande från författarna.

Innehållsförteckning

I.	Inledning	4
a	Hur manualen skall användas	4
b.	Bakgrunden till MAPS	5
c.	Syftet med MAPS	6
d.	Hur MAPS är konstruerat	7
II.	Begrepp	9
a	Area	9
b	Fas	10
b1	Fas — förändringsfas	11
b2	Vårdfaser	16
III.	Kodning	18
IV.	MAPS-in:	19
a	Syfte	19
b	Bas	20
c	Change	22
d	Reviderad AFF	28
e	Mål	29
f	Prioritet	31



I Inledning

a Hur manualen kan användas

Denna MAPS-manual är utformad för att kunna användas både som undervisningsmaterial och som stöd i det dagliga arbetet med MAPS.

Manualens upplägg följer i stort sätt upplägget av MAPS-utbildningen. De illustrationer som förekommer i manualen är desamma som de OH-bilder som används i MAPS undervisningen.

I högerspalten på varje sida i manualen finns dessutom möjlighet att under utbildningen göra noteringar och anteckna väsentligheter som kan vara till nytta i användning av MAPS.

Manualen går i logisk följd igenom de fyra formulär, sju moduler och två dimensioner som MAPS är uppbyggt av. För varje formulär/modul beskrivs syfte, teknik samt instruktioner till vissa frågor.

Syfte beskriver vilken funktion formuläret/modulen fyller i systemet som helhet och vad som berörs. **Teknik** tar upp vem som fyller i modulen och i vilken form informationen inhämtats. **Instruktioner** informerar om hur vissa frågor skall kodas samt en del förtydliganden som kan vara till hjälp vid tolkning av frågorna.

Om ni har synpunkter på manualen skulle vi uppskatta om ni skickar dessa med e-post till info@project-maps.com.

Maastricht 2002-03-29
David Öberg och Björn Sallmen

BIOMED 2 IPTRP PROJECT

IPTRP

Improving Psychiatric Treatment
in Residential Programmes
for Emerging Dependency Groups

Improving Psychiatric Treatment
in Residential Programmes
for Emerging Dependency Groups



- Belgien • Norge
- Frankrike • Skottland
- Grekland • Spanien
- Holland • Sverige
- Italien • Tyskland

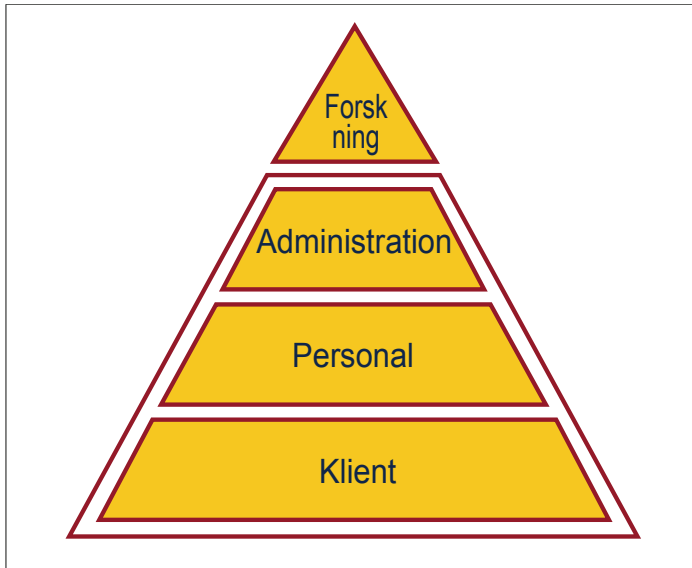
b Bakgrunden till MAPS

MAPS har utvecklats på initiativ av BiomedII/ IPTRP, ett forskningsprojekt för utveckling av vård i vilket tio europeiska länder deltog. En av projektets uppgifter var att man i samtliga deltagarländer skulle införa gemensamma metoder för utredning och bedömning. Man utgick från EuropaASI/ (Blanken et al. 1995). Projektets forskargrupp fann inte något lämpligt instrument för beskrivning av enheter och gav därför i uppdrag åt en arbetsgrupp, bestående av David Öberg, Björn Sallmén, Arne Gerdner och Ingegerd Jansson, att utveckla ett instrument baserat på en idé av David Öberg.

Tanken var att beskriva enheternas resurser utifrån samma dimensioner som de livsområden som ingår i EuropaASI. Senare uppkom önskemål om ett klientformulär som komplement till enhetsformuläret. Praktisk användbarhet betonades och målsättningen var att klientformuläret skulle kunna utgöra underlag i en behandlingsplanering. En första version av hela systemet presenterades i Aten hösten 1997. MAPS är översatt till en rad olika språk och har genom sitt ursprung i ett internationellt projekt möjliggjort nationella versioner som är fullt jämförbara med varandra.

Den nya versionen av MAPS kan även användas tillsammans med European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD). EuroADAD är en ungdomsversion av ASI. Den baseras på ADAD (Friedman & Utada, 1985) och har vidareutvecklats av författarna tillsammans med EuroADAD-gruppen. Genom att använda MAPS tillsammans med ASI och EuroADAD kan man jämföra ungdoms- och vuxenenheter och följa ungdomar in i vuxenlivet.

I Inledning: b Bakgrunden till MAPS

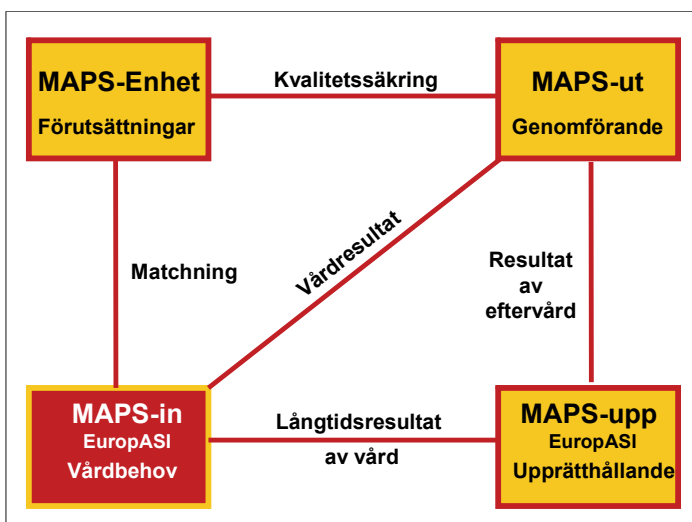


c Syftet med MAPS

Systemet utgår från klienter och deras behov. MAPS kan användas av olika yrkesgrupper inom skilda samhällssektorer men också i olika länder och med människor av olika kulturell bakgrund. MAPS kan i det här sammanhanget fungera som ett gemensamt språk och en enhetlig metod för att beskriva såväl klienter som verksamhet och insatser.

Informationen från MAPS kan användas för exempelvis: klientutredningar, matchning till vård, strukturerad behandlingsplanering, kvalitetssäkring, uppföljning/utvärdering och forskning.

MAPS har konstruerats för att ge klinisk användbarhet i kombination med vetenskaplig kvalitet på information och metodik. Om man exempelvis jämför genomförda insatser (MAPS-ut) de förutsättningar för vård som finns inom enheten (MAPS-enhet) får man en bild av resursutnyttjande (kvalitetssäkring) och ett underlag för programutveckling. Man får dessutom ett direkt mått på utfall (resultat) genom att jämföra klientens *fas* i början (MAPS-in) med *fas* i ett senare skede (utskrivning).



Komponenterna i MAPS

MAPS-enhet	MAPS-in	MAPS-ut	MAPS-upp
Bas	Bas	Bas	Bas
CHANGE	CHANGE	CHANGE	CHANGE
Mål	Mål		
Insatser		Insatser	
Personal	Prioritet		Resultat

d Hur MAPS är konstruerat

MAPS består av fyra delar, sju moduler och två dimensioner

MAPS fyra delar:

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

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

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

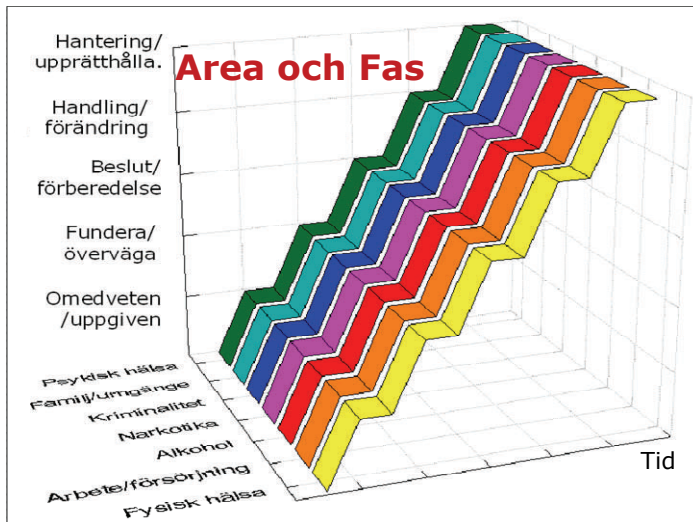
MAPS-upp beskriver om resultaten från MAPS-ut har vidmakthållits eller om förändringar har skett under uppföljningstiden. Här summeras och värderas det stöd klienten fått sedan utskrivning och i vilken *fas* klienten befinner sig i.

MAPS sju moduler:

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

MAPS sju moduler är:

- BAS - beskrivande information
- CHANGE - fasbestämning
- MÅL - beskrivna i fas
- PRIORITET - mellan områden
- INSATSER - vårdinnehåll
- PERSONAL - kompetensinventering
- RESULTAT - långtidsutfall

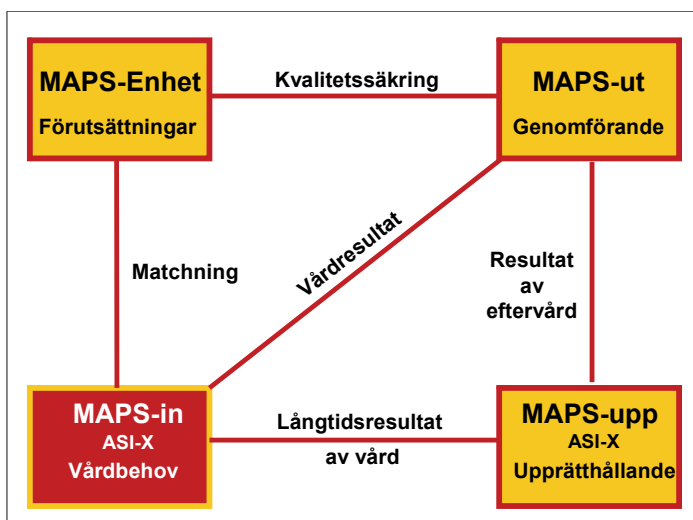


•**MAPS två begrepp:**

AREA baserar sig på de livsområden som beskrivs i EuropASI och EuroADAD. I MAPS kallas dessa områden: Fysisk hälsa, Sysselsättning och försörjning, Missbruk, Brottslighet, Familj och umgänge samt Psykisk hälsa. I MAPS placeras alla insatser, problem och förutsättningar in under dessa områden.

FAS baserar sig på förändringsfaserna i den transteoretiska modell som utvecklats av Prochaska och DiClemente. Faserna indelas i Omedveten/uppgiven, Fundera/överväga, Beslut/förberedelse, Handling/förändring och Hantering/upprätthållande. Den svenska översättningen är framtagen i samråd med Carlo DiClemente. Fas betecknar även de fyra vårdfaserna vilka beskriver vård och vårdinsatser.

AREA och FAS kan användas tillsammans för att beskriva olika företeelser på ett jämförbart sätt och på så sätt visa på förändring över tid. Se bild ovan. Informationen kan användas i en mängd olika syften som exempelvis matchning eller kvalitetssäkring. Se bild nedan.



AREA



Social



Praktisk



Fysisk hälsa/ohälsa



Psykisk hälsa/ohälsa



Missbruk



Brottslighet

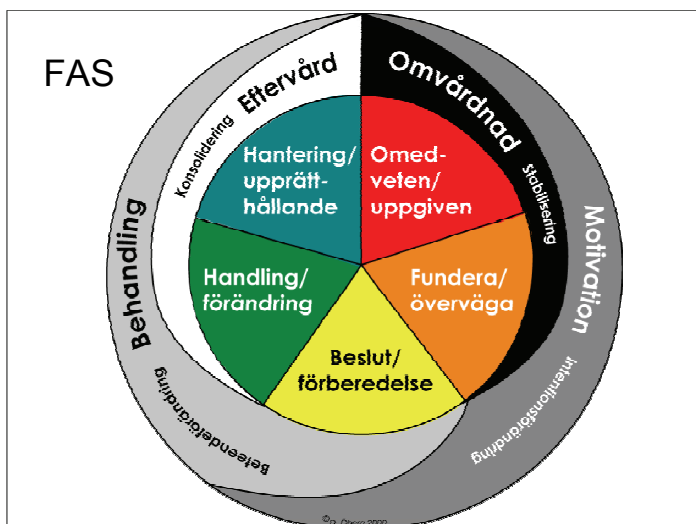
II Begrepp

a Area

Begreppet “*Area*” hänvisar som tidigare nämnt till olika livsområden i klientens tillvaro. Vid konstruktionen av MAPS utgick man ifrån de livsområden som finns i Addiction Severity Index (McLellan, 1980). Dessa har visat sig viktiga när det gällde att beskriva såväl drogmissbrukare, som ASI ursprungligen utvecklades för, som andra klientgrupper med komplicerad livssituation och problembild. ASI används numera inom en rad olika sektorer och skilda yrkesgrupper. Som metod har ASI nått spridning över hela världen och finns översatt till ett stort antal språk. En Europagemensam version av ASI, EuroASI (Blanken *et al.* 1994) har utvecklats. ASI finns även i en utökad version, ASI-X, som kompletterar ASI med frågor som framförallt berör barn och relationer. En Europeisk ungdomsversion EuroADAD finns nu översatt till ett flertal europeiska språk (bland annat svenska).

Tabellen nedan visar hur MAPS omfattar områdena i EuroASI och EuroADAD.

MAPS	EuropASI	EuroADAD
Social	Familj och umgänge	Familj respektive Sociala
Praktisk	Arbete och försörjning	Skola
Fysisk hälsa/ohälsa	Fysisk hälsa	Fysisk hälsa
Psykisk hälsa/ohälsa	Psykisk hälsa	Psykisk hälsa
Missbruk	Alkohol respektive Narkotika	Alkohol respektive Narkotika
Brottslighet	Kriminalitet/asocialitet	Brottslighet



b Fas

FAS utgör den andra av de två dimensioner som systemet är uppbyggt av.

Utgångspunkten för FAS är de den beskrivning av hur människor förändras som har utvecklats av av Prochaska och DiClemente. Denna så kallade transteoretiska modell, utarbetades ursprungligen som en beskrivning av de olika faser som rökare genomgår då de försöker sluta röka. Det visade sig att oavsett om detta skedde med hjälp och behandling eller på egen hand, så gick personerna igenom en likartad serie steg. Senare har det visat sig att modellen fungerar bra som en generell beskrivning för både individer och grupper när det gäller olika former av förändring. Modellen har i dag använts för så skilda områden som organisationsförändring, sjuka hus, cancerprevention och givetvis för olika former av beroende. Modellen är beskrivande och anses teorineutral och därför användbar för olika kulturer och åldersgrupper. Vid konstruktionen av MAPS valdes denna modell som utgångspunkt pga. just generell tillämpbarhet.

I FAS beskrivs även hur vårdsystemet och dess insatser är uppbyggda för att möta klientens behov i olika skeden. Den transteoretiska modellen har även här varit utgångspunkt för att finna ett sätt att beskriva behandlingssystem och vårdinsatser med olika innehåll och syfte. Man har utifrån modellen definierat vårdfaser där olika typer av insatser kan klassificeras. Precis som förändringsfaserna fungerar vårdfaserna som en generell metod för beskrivning av vårdsystem och insatser inom alla människovårdande verksamheter.

FAS - Förändringsfas

1. Omedveten/uppgiven
2. Fundera/överväga
3. Beslut/förberedelse
4. Handling/förändring
5. Hantering/upprätthållande

b1 Fas — förändringsfas

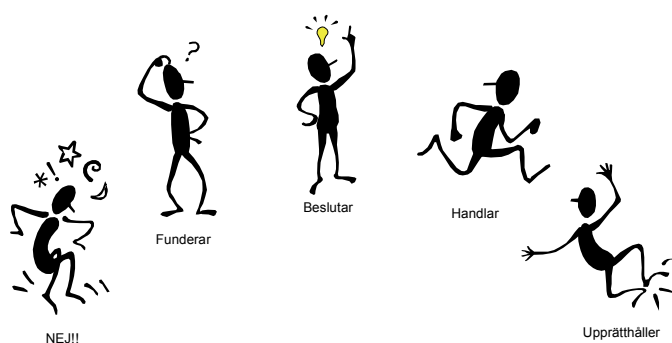
Begreppet **förändringsfas** används i MAPS för att beskriva på vilket sätt en person uppfattar och hanterar ett problem, det vill säga i vilken fas i en förändringsprocess en person är inom de olika livsområdena.

De olika förändringsfaserna är:

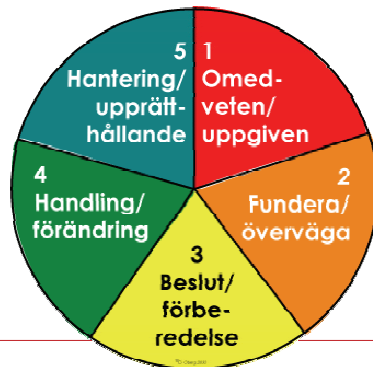
Omedveten/uppgiven (Precontemplation) Klienten funderar inte på eller upplever sig inte kunna förändra sig eller lära sig att hantera problemet. Omedveten är man dock bara i början av ett problem, dvs. en gång. Efter ett antal misslyckanden kan man snarare vara uppgiven inför problemet. Man anser inte att det ligger inom ramen för ens förmåga att göra något åt problemet. Fördelarna kan också upplevas vara så stora att en förändring inte känns aktuell.

- Ser ej förändring som ett realistiskt eller tänkbart alternativ inom en överskådlig framtid.
- Ej öppen för förändring.
- Överskådlig framtid innebär cirka ett halvår eller längre

Hur människor förändras



Förändringsfaser



Fundera/överväga (Contemplation) Klienten börjar uttrycka mer allvarligt menade funderingar på att ta tag i problemet. Ofta väger man fördelar mot nackdelar (ambivalens). I början av denna fas rör ofta ambivalens själva problemet, medan man senare är ambivalent kring olika lösningar.

- Ser förändring som möjlig inom en överskådlig framtid, men man har inte bestämt sig.
- Öppen för förändring.
- Överskådlig framtid är ofta kortare än ett halvår

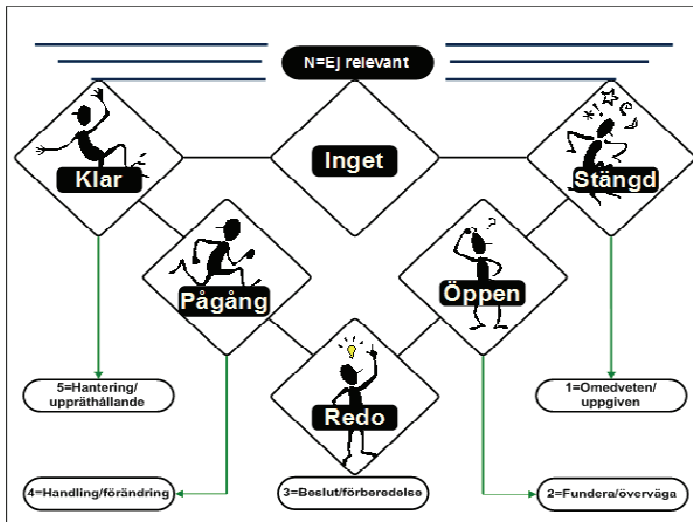
Beslut/förberedelse (Preparation) Klienten har allvarliga funderingar på att göra något åt problemet inom den närmaste tiden. Beslut, medvetet eller omedvetet, att göra något tas. Förberedelser för att sätta beslutet i verket påbörjas. Man påbörjar även en beteendeförändring, provar på olika alternativ och tanke och handling förenas.

- Har bestämt sig för förändring samt har påbörjat förberedelser eller handling.
- Att komma igång inom en nära framtid
- En nära framtid är ungefär inom en månad

Handling/förändring (Action) Klienten arbetar aktivt med att försöka hantera problemet. Detta kan fungera bättre eller sämre men handlar om ett allvarligt försök till beteendeförändring. För att vara i denna fas krävs mer än enstaka försök med ett alternativt beteende, man skall ha "kommit igång". Man är inte "i gång" bara för att man lyckats jogga i skogen 3 gånger i syfte att åtgärda sin övervikt. Även om det alltid inte går så bra så är man dock i denna fas så länge man aktivt arbetar på problemet. Kom ihåg att det kan vara svårt att låga vi liv i denna fas.

- Arbetar aktivt med förändring
- Har kommit igång
- Varit igång i mer än ungefär en månad

II Begrepp: b1 Fas - förändringsfas



Hantering/upprätthållande (Maintenance) Klienten har lyckats hantera problemet under en längre tid och försöker upprätthålla denna förmåga men också undvika återfall. Man kan här tala om att förändringen har börjat sätta sig i ryggraden.

- Har under en längre tid framgångsrikt arbetat med problemet.
- Förändringen är genomförd och en del av individen.
- En längre tid är mer än ett halvår.

Ej relevant (Termination) Problemet har hanterats under en avsevärd tid och existerar inte längre. Utifrån förändringsmodellen kan man säga att klienten har lämnat cirkeln. I MAPS kodas "ej relevant" också i de fall då det ej tidigare har förekommit några allvarigare problem inom en *area*.

- Problematiken är i princip avklarad
- Problemfrihet under en avsevärd tid
- Avsevärd tid kan här ses som mer än tre år

"Att sluta röka" som ett exempel på förändringsfaserna:

- Man börjar ofta röka under ungdomsåren. Det ser tufft ut, man känner sig vuxen, det känns spännande och förbjudet. De eventuella problem rökningen kan föra med känns inte aktuella. Fördelarna överväger nackdelarna och man är omedveten eller bryr sig inte om de problem som en dag kan uppstå.
- Efter några år kanske man börjar känna av negativa konsekvenser av sin rökning. Inte nog med att det är dyrt, man börjar hosta på morgonen, orkar inte lika mycket i handbollslaget och det börjar bli svårt att hitta ställen där det är tillåtet att röka. Trots den njutning och sysselsättning rökningen ger börjar man fundera på om man inte borde sluta. Likt Hamlet väger man för- och nackdelar med problemet.

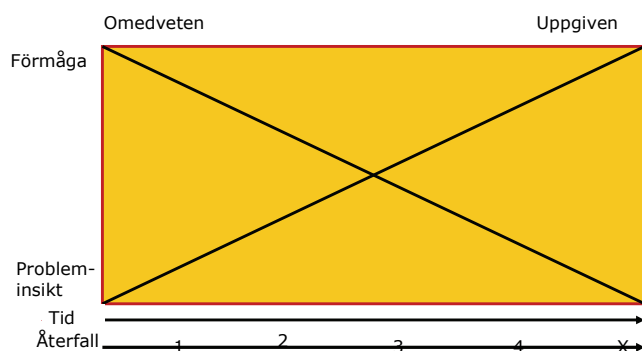
II Begrepp: b1 Fas - förändringsfas

- Efter en kortare eller längre tid beslutar man sig för att på nyårsafton ska sluta röka. Många minns stunden då beslutet fattades och hur tanken övergick i praktisk handling.
- Oavsett om man väljer tuggummi, plåster, någon form av behandling eller uthärdar abstinensen med ren viljestyrka, inleds nu en mer eller mindre ansträngande fas av aktiv handling. Här lurar många faror och fällor lurar. Ett restaurangbesök känns inte lika trevligt som förr och man saknar sin gamla last.
- Efter några månader börjar svårigheterna allt mer att klinga av. Rökfriheten känns naturlig och man tackar nej utan påtagliga problem.

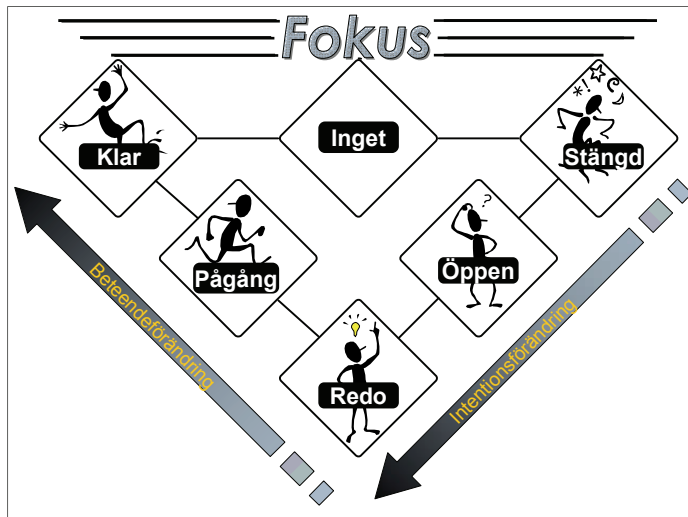
Det är dock inte ovanligt att det genom hela processen uppstår tillfällen där man tycker sig kunna röka en cigarett eftersom man redan har slutat röka och det handlar om ett undantag vid ett mycket speciellt tillfälle. Det här undantaget leder många gånger till återgång i samma rökvanor som tidigare. Nu är man inte längre omedveten om rökningen som ett problem, men kan känna uppgivenhet inför sin oförmåga att sluta röka.. Nästa gång man funderat färdigt och bestämt sig för att sluta röka kan man använda erfarenheterna från det tidigare misslyckandet och vara extra uppmärksam på vad som ledde till återfallet.

I studier som gjorts av Prochaska & DiClemente har det visat sig att processen är mer eller mindre densamma oavsett på vilket sätt man försökt att sluta röka. Den genomsnittliga rökaren genomgår dessa förändringsfaser försöker att sluta röka mellan fyra och åtta gånger innan problemet kan hanteras framgångsrikt.

Omedveten-uppgiven



II Begrepp: b1 Fas - förändringsfas



Fasen "Omedveten/uppgiven" fordrar extra uppmärksamhet då detta är den fas där klientens motstånd är vanligast och där behandlare och klient ofta är oeniga om vårdtidens realistiska målsättning. Då den flesta vårdorganisationer förutsätter viss samverkan mellan klient och vårdgivare i syfte att uppnå önskvärda mål, utgör den här fasen den i särklass största utmaningen för vårdgivaren. Nyckelbegrepp i sammanhanget är probleminsikt och "self-efficacy" eller förmåga. I början är oftast probleminsikten låg medan uppfattningen om att kunna ta tag i ett eventuellt problem är hög - vänstersidan av bilden. Efter att ha insett problemet och misslyckats med lösningen minskar upplevelsen av att kunna göra något åt situationen samtidigt som probleminsikten ökar - högersidan av bilden.

Intention och beteende

Förändringsmodellen handlar om en medveten förändring och därför räknas endast de förändringar som sker utifrån klientens egen intention. Om klienten inte har möjlighet att utföra det som skall förändras så innebär det inte att klienten är i exempelvis hantering. Om en klient inte dricker under en fängelsevistelse eller under ett besök i Saudiarabien så räknas det bara om klienten dels vill förändra sitt drickande och dels om klienten arbetar aktivt med förändringen. Det vill säga, det måste alltid finnas en intention, mer eller mindre medveten, för att klienten skall kunna vara i fas 3, 4 och 5.

De första två faserna avser endast intention till förändring medan man från fas tre kan tala om verklig beteendeförändring.

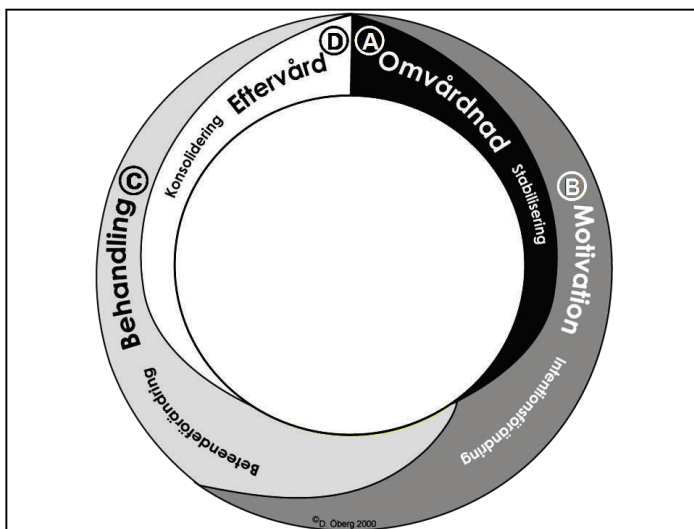
Vårdfaser

1. Omvårdnad/stabilisering
2. Motivation/intentionsförändring
3. Behandling/beteendeförändring
4. Eftervård/konsolidering

b2 Fas - Vårdfas

I vård – och behandlingsarbete är det också vanligt att tala om olika faser. Allmänt sett har man inom området saknat entydiga och enhetliga begrepp för att beskriva faserna. Begreppet ”vårdfas” – phase of care – används i MAPS för att beskriva en enhets arbete, verksamhetssyfte och plats i vårdkedjan. Vårdfaserna i MAPS är: omvårdnad/stabilisering, motivation/intentionsförändring, behandling/beteendeförändring och eftervård/konsolidering. Vårdfaserna beskrivs enligt följande:

Omvårdnad/stabilisering avser grundläggande omvårdnad i syfte att stabilisera klienten. Fasen behöver inte direkt syfta till en framtida förändring men är normalt en förutsättning för att en varaktig förändring skall komma till stånd. Här ingår till exempel insatser som kan betraktas som omhändertagande utan att de för den skull leder till motivation eller tillfrisknande. Syftet är att hjälpa klienten att återhämta sig från akuta konsekvenser av ett eller flera problem. Detta kan också öka mottagligheten för motivationsinsatser. I exempel missbruksvård förutsätts avgiftning och en tids återhämtning för att motivationsar-



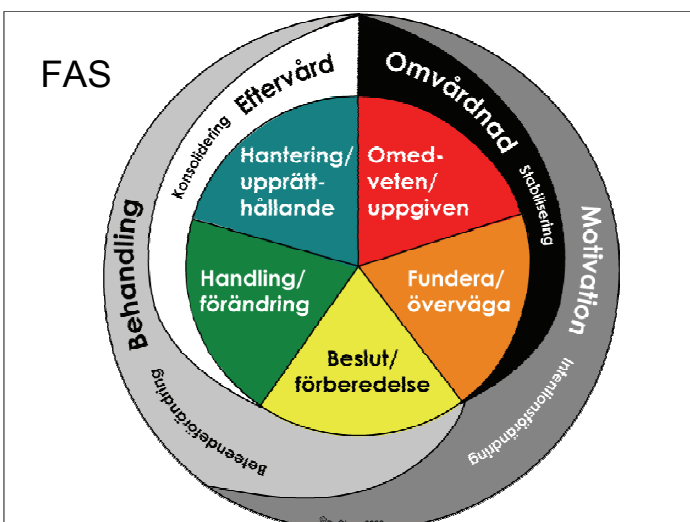
bete skall vara meningsfullt. Observation kan ingå och omvårdnaden kan ses som ett sätt att etablera en första behandlingskontakt.

Motivation/intentionsförändring syftar till att väcka och stärka klientens *intention till förändring*. Klienten är många gånger omedveten eller uppgiven inför sitt problem. Motivationsarbete handlar om att öka klientens möjlighet att se att förändring kan vara möjlig och också värd att sträva efter. För- och nackdelar kan lyftas fram och klienten kan börja se möjligheter att göra något åt sitt problem inom en rimlig framtid. Motivationsinsatser kan användas för att hjälpa klienten att lämna den omedvetna/uppgivna fasen för att fundera/överväga sin situation och sina möjligheter att i framtiden kunna hantera problemet. Information om behandlingsalternativ och andra motivationshöjande insatser kan vara på sin plats. Motivationsfasens huvudsakliga syfte är alltså att påverka klientens tankar, känslor och attityder vad gäller en framtida förändring.

Behandling/beteendeförändring är den fas som har fokus på *beteendeförändring*. I behandling tar klienten en mer aktiv del i att hanteringen av problemet. Här ingår allt från att pröva på nya beteenden till att gå vidare i en redan påbörjad förändring. I denna fas finns mycket av det som i samhället kallas vård och behandling.

Eftervård/konsolidering avser åtgärder för att understödja det nyförvärvade beteendet och förhindra återgång i det gamla. Vårdfasen innehåller främst insatser som syftar till att underlätta för klienten att leva ett "normalt" liv och att fortsättningsvis använda det nyförvärvade sättet att tänka och handla. Återfallsprevention är en viktig del i denna fas.

Bilden nedan med den så kallade medaljongen illustrerar hur vårdfaserna och förändringsfaserna är relaterade till varandra. Varje vårdfas berör främst två eller tre förändringsfaser. I varje förändringsfas kan man via vårdfasen se vilka typer av insatser som är lämpliga att använda.



Kodning

- ☐ Lämna inga frågor obesvarade
- ☐ 0 = Nej
- ☐ 1 = Ja
- ☐ N = Ej tillämpbar
- ☐ X = Förstår ej/vill ej svara/bortfall
- ☐ Kodningen är densamma
som i EuropASI-X/EuroADAD

III Kodning

Kodningen i MAPS följer i huvudsak samma principer som i EuropASI/EuroADAD. Om klienten svarar "Nej" kodas alltid **noll (0)** och om klienten svarar "Ja" kodas alltid **ett (1)**.

Svarsalternativen och deras koder anges oftast i anslutning till frågan.

Inga svarsrutor skall lämnas blanka (obesvarade).

Det viktigt att skilja mellan:

- frågor som inte är tillämpbara på klienten
- koda "N"
- frågor som klienten inte förstår
eller inte vill besvara
- koda "X".

Om klienten aldrig gjort eller kunnat ha gjort det frågan avser, kodas "N" för "ej tillämpbar".

Svaret "ej tillämpbar" är kopplat till:

- följdfråga, dvs frågor som börjar med "om ja på fråga xx, ..." eller liknande
- konsekvensfrågor, till exempel om klienten avlidit, kodas "N" i fråga "MO5 Bostadssituation vid utskrivning".

Datum kodas alltid **ÅÅÅÅMMDD**

År **ÅÅÅÅ** t.ex. 1999

Månad **MM** t.ex. 01

Dag **DD** t.ex. 22

I frågor som avser antal gånger, koda det exakta antalet eller gör en så noggrann uppskattning som möjligt. Om svaret är noll, kodas alltid "0".

Komponenterna i MAPS

MAPS-enhet	MAPS-in	MAPS-ut	MAPS-upp
Bas CHANGE Mål Insatser Personal	Bas CHANGE Mål Prioritet	Bas CHANGE Insatser	Bas CHANGE Resultat

IV MAPS-in

a Syfte

MAPS-in ger grundläggande information för planering av insatser och uppföljning. Genom de tydliga sambanden med intervjuarskattningarna rekommenderas att MAPS-in genomförs efter att skattningarna är gjorda. MAPS-in ger information om:

- Grundläggande intagningsuppgifter och demografiska data
- Den aktuella förändringsfasen
- Behandlingsmål inom varje problemområde

MAPS-in omfattar BAS, MÅL och Prioritet.

2 Teknik

- 1 BAS ger administrativa data och kan genomföras i anslutning till intagning/vårdperiodens början.
- 2 CHANGE, kan grunda sig på ASI-skattningarna och genomföras då efter ASI-intervjun, gärna vid ett återföringstillfälle. Om AFF används vid återföring, är det lämpligt att göra CHANGE efter varje område.
- 3 MÅL baserar sig på klientens aktuella *fas*
- 4 Prioritet knyter samman MAPS-in

MAPS-in

- ☐ MAPS-in kompletterar ASI och beskriver klientens status vid inskrivning
- ☐ Kompletterar Problemprofilen från ASI med en FAS-profil och en MÅL-profil
- ☐ MAPS-in består av
 - Inskrivningsdata BAS
 - Klientens FAS
 - Klientens MÅL
 - Prioriteringar

BAS MAPS-in

- ☐ Bas kompletterar ASI med inskrivningsuppgifter av administrativt typ
- ☐ Bas dokumenterar klientens förhållanden vid inskrivning
- ☐ Bas ger viktiga uppgifter för vidare dokumentation av insatser och vårdprocess

b Bas

Syfte

Syftet med Basmodulen är att beskriva situationen för klienten vid ankomsten till enheten, det vill säga vårdperiodens början. Uppgifterna kan ses som ett komplement till den ASI-intervju som kan inleda en vårdperiod.

Teknik

Bas är inte en klientintervju utan fylls i av personal utifrån befintliga uppgifter. Formuläret fylls i vid intagning/början av vård. Informationen finns normalt sätt i klientens akt och andra handlingar. Klienten kan själv bidra med uppgifter som eventuellt inte framgår av andra handlingar.

Instruktioner

Mi1 Datainsamlingsmetod (MÅL)

Normalt genomförs både CHANGE och MÅL som en klientintervju. Om inte det är möjligt, ange källan för information. Om uppgifterna bara delvis bygger på intervju, ange källa enligt de övriga alternativen. Ange i formuläret (kommentarerna) de områden där uppgifterna bygger på intervju.

Mi4b Födelseland (LLL)

Använd den internationella standarden (tre siffror, ISO 3166-1) för landskod, se appendix 2.

Mi4a Nationalitet (LLL)

Använd den internationella standarden (tre siffror, ISO 3166-1) för landskod, se appendix 2

Mi5 Inskrivningsdatum (ÅÅÅÅMMDD).

Avser när klienten är formellt inskriven vid enheten (eller motsvarande) och även befinner sig där fysiskt. Räkna inte besök eller möte före den formella inskrivningen.

Mi6 Huvudsaklig initiativtagare till vårdtillfället

Koda vem som remitterade eller initierade vårdtillfället. Om mer än en aktör, koda huvudsaklig initiativtagare.

Mi7 Är detta en inskrivning till tvångsvård

Koda här typ av vård

Mi8 Huvudsaklig finansiering av vårdtillfället

Om det är fråga om mer än en finansieringskälla, koda den huvudsakliga. Om det är fråga om subventionerad behandlingskostnad, ange vem som betalar patientavgift.

Mi9 Kom klienten från annan enhet och avsåg vistelsen där i huvudsak någon av följande vårdfaser? (om mer än en fas, ange alternativet med den högsta koden). Se sidan 11 för beskrivning av *vårdfas*. Vid flera *vårdfas*er, ange koden med det högsta numret.

Mi11 Vårdform vid inskrivning

Dygnsvård avser en verksamhet kombinerat med boende på institutionen.

Dagvård avser ett strukturerat program som klienten deltar i flera timmar per dag under flera dagar i veckan”.

Öppenvård/konsultation avser övriga typer av insatser utanför institution (utom dagvård, se ovan).

Lågtröskel avser verksamhet där särskilda insatser inte är en förutsättning för deltagande, exempelvis drop-in

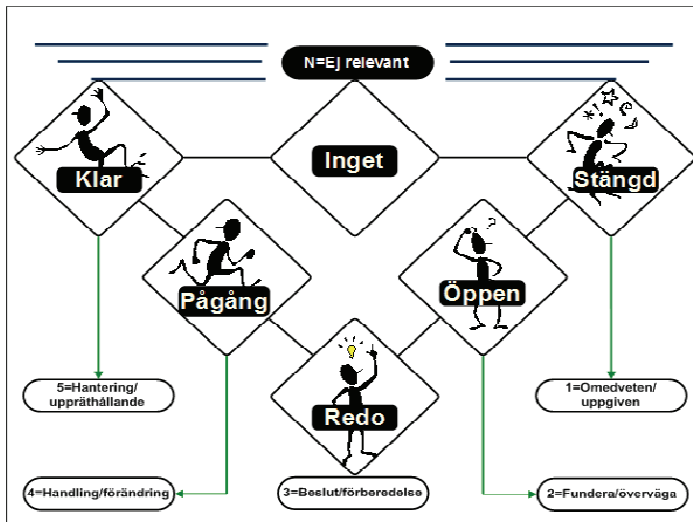
Självhjälp/ickeprofessionell avser självhjälpgrupper (till exempel Länkarna, AA och KRIS) och andra ickeprofessionella organisationer (exempelvis Frälsningsarmen).

Mi12 Vårdfas vid inskrivning

Avser den *vårdfas* som mottagande (där intervjun normalt görs) enhet arbetar med vid inskrivningen. Se på annan plats i manualen definitioner av *vårdfas* (sid 12)

MAPS-in Bas

Mi1 Datainsamlingsmetod (CHANGE och MÅL vid inskrivning) 1=Klientens egen 2=Journalist/externa 3=Övrig	Mi9 Kom klienten från annan enhet och avsåg vistelsen där i huvudsak någon av följande vårdfaser? (Om fler alternativ än ett, ange alternativet med den högsta koden) 0=Nej, ej från annan enhet 1=Obsvårdad 2=Motivation 3=Vård 4=Återfallprevention 5=Övrig
Mi2 Födelseår (AAAA) 1=1900 2=1910 3=1920 4=1930 5=1940 6=1950 7=1960 8=1970 9=1980 10=1990 11=2000 12=2010	Mi10 Antal tidigare inskrivningar vid enheten 0=Ingen tidigare inskrivning
Mi3 Kön 1=Man 2=Kvinn	Mi11 Vårdform vid inskrivning 1=Dygnsvård 2=Dagvård 3=Öppenvård/konsultation 4=Lågtröskel 5=Självhjälp/ickeprofessionell 6=Övrig
Mi4a Födelseort (LLL)	Mi12 Huvudsaklig enhetstyp vid inskrivning 1=Obsvårdad 2=Motivation 3=Vård 4=Återfallprevention 5=Övrig
Mi4b Nationalitet (LLL)	Mi13 Kommentarer
Mi5 Inskrivningsdatum A A A A M M D D	EMCDDA fråga Mi14 Enhetstyp vid intagning 1=Öppenvård 2=Dagvård 3=Lågtröskel och samhet drop-in/förberedelse eller applicerande verksamhet 4=Insatser 5=Motivationsbehandling i fängelse
Mi6 Huvudsaklig initiativtagare till kontakt 1=Klient - egen initiativ 2=Journalist/externa 3=Övrig 4=Kriminalvård 5=Polis 6=Frälsningsarmen 7=Övrigt	
Mi7 Är detta en inskrivning till tvångsvård? 0=Nej, ej tvångsvård 1=Ja, Kriminalvård - LVM 2=Ja, Kriminalvård - LVU 3=Ja, Ungdomsvård - LPU 4=Ja, Övrigt	
Mi8 Huvudsaklig finansiering av vårdtillfället 1=Klientens egen (av klienten) 2=Klientens arbetsgivare 3=Föräldrar 4=Välgörenhet/privata medel 5=Offentliga medel (socialtjänst etc.) 6=Övrig	



c Change

Syfte

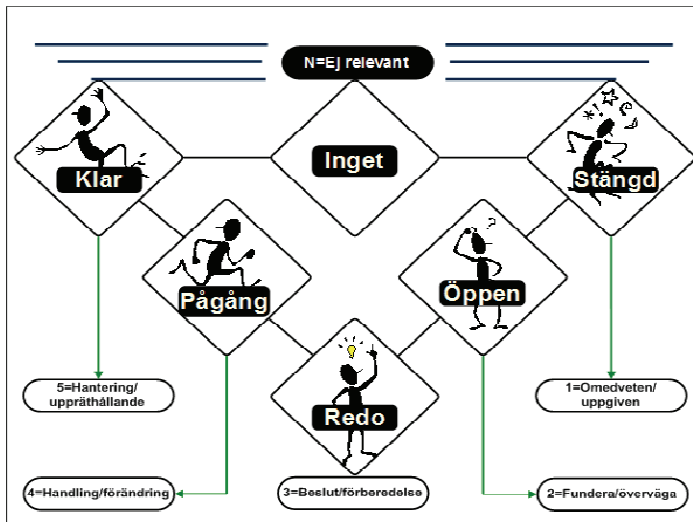
CHANGE syftar till att klargöra klientens *fas* vid intervjutillfället. CHANGE användas närhelst det bedöms nödvändigt att få en aktuell bild av klientens *fas*. CHANGE används primärt i MAPS på de olika livsområdena men kan även användas generellt för att se var klienten befinner sig i andra förändringsprocesser. CHANGE är utvecklad i samråd med Carlo DiClemente utifrån Prochaska & DiClementes förändringsalgoritm, samt MAP-Change (Öberg, Jansson, Gerdner, Sallmen & Segraeus, 1997).

Teknik

CHANGE genomförs som ett halvstrukturerat samtal, gärna i samband med återkopplingen av EuropASI/ EuroADAD - intervjun. Utifrån ett identifierat problem genomförs en dialog där stora krav ställs på intervjuaren att uppnå det samförstånd som avses. Definitioner av klientfaserna kan utläsas i rutorna. CHANGE utförs genom att intervjuare och klient diskuterar klientens attityder, tankar om framtiden, tidigare strategier för förändring etc. Utifrån detta resonemang bestäms ett fasvärde, till exempel att klienten funderar/överväger, redan fattat beslut, aktivt arbetar med beteendeförändringar, etc.

När man fått fram rätt fas går man från rutan med definitionen till slutpunkten (ovalt fält) där fasens kod är given med en siffra. I CHANGE illustrationen finns hjälptexter för kriterierna för de olika faserna i rutorna. Definitionerna av klientfaserna fungerar som hjälptext och skall vara ett stöd i samtalet. Intervjuaren skall dock med egna ord utröna vilken fas klienten befinner sig i. Det är därför av största vikt att förstå och kunna beskriva fasernas innebörden och övergångarna dem emellan.

I CHANGE är det intervjuarens bedömning som kodas.



CHANGE intervjun bör förberedas innan återföringssessionen i samband med att man fyller i AFF och gör intervjuarskattningarna. I AFF fastställs *huvudsaklig problematik*.

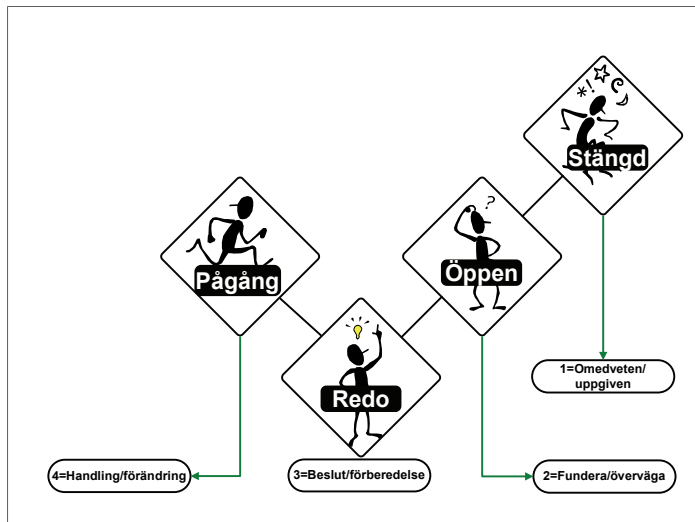
I återföringen så checkar intervjuaren upp att han har uppfattat problematiken rätt eller i de fall klienten inte själv ser några problem i det för intervjuaren uppenbara, om de fakta som intervjuaren bygger sin bedömning på stämmer.

Återföringen till klienten sker i tre steg för varje område:

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

När det finns en *aktuell* huvudsaklig problematik ska den blir bekräftad utifrån fakta under återföringen. Det intervjuaren sedan gör är att via klientens svar på fråga 3 "hur ser du själv på din situation" bilda sig en ide om vilken förändringsfas klienten kan tänkas vara i. Utifrån denna preliminära bedömning checkar intervjuaren om kriterierna är uppfyllda för denna fas. Om de ej är helt uppfyllda så checkar man fasen under. När det är osäkert om en fas är uppfylls så kodas fasen under.

Om det ej finns en aktuell problematik så tar intervjuaren reda på om det är något som klienten själv vill förändra inom området och avgör om detta är av sådan vikt att det är meningsfullt att här göra CHANGE. Av vikt räknas det om förändringsbehovet avser något som kommer att bli en betydande del i klientarbetet. Att tänka på är att aktuell problematik kan inte behöver innebära att klienten har ett problem även om klienten vill bli bättre på något. Många gånger kan klienter som är i huvudsak friska vilja ha en bättre kondition.



När det finns ett aktuellt problem:

1. Omedveten/Uppgiven.

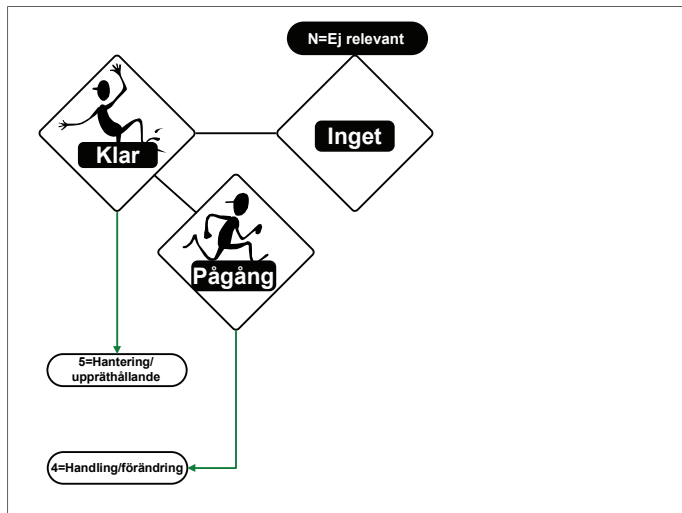
När klienten lämnar uppgifter om sin situation så att den normalt sätt betraktas som problematisk eller att en intervjuarskattning som tyder på problem inte motsägs av fakta kan det anses att det finns en aktuell problematik. Om då klienten själv inte tycker är något att förändra eller bry sig om (dvs.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

2. Fundera/Överväga.

Om klienten själv pratar ser på det som ett problem som den kanske skulle göra något åt, bör intervjuaren kontrollera om klienten är seriös eller någorlunda realistisk i sin vilja att fundera kring problematiken och att klienten inte ryggat tillbaka inför tanken på förändring och att förändring kan kräva vissa uppoffringar.

3 Beslut/Förberedelse

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



4 Handling/Förändring

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

När det inte finns ett aktuellt problem:

Det första avgörandet är om det någonsin har funnits ett problem och om Ja, hur länge klienten har varit problemfri, hanterat det och hur.

N Ej Relevant

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

5 Hantering/Upprätthållande

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

4 Handling/Förändring

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

Change – Mål – Prioritet

Ch1 Datum (ÅÅÅÅMMDD)		Ch2 Enhetskod		Ch3 Intervjuarkod	
Ch4 Namn		Ch5 Klientkod			
Area	1 Sociala	2 Praktiska	3 Fysisk	4 Psyk	5 Missbruk
Ch6 Problemtyngd					
Ch7 CHANGE-kod					
Ch8 Målkod					
Ch9 Prioritet					
Kod för prioritet 0=Akut, 1=Primär, 2=Sekundär, N=Ej Relevant Ch10 Motivering till prioritet					

Några saker att tänka på

- Det är viktigt att inte forcera/gå för långt. Om det är osäkert om en klient är i en högre fas, gå alltid på det lägre värdet. För att vara i en fas skall definitionen vara väl uppfylld.
- Tidsangivelserna (1 månad, 6 månader och 3 år) skall ses som riktmärken i intervjun och inte som absoluta brytpunkter.
- Changekoden skrivs in i formuläret under respektive område på fråga Ch7.

Change – Mål – Prioritet

CHANGE	Beskrivning av förändringsbehov		Change avser
	CH7.3 Changekod	Motivering till Changekod	
MÅL	+ Möjligheter/Färdigheter (inre/ytte/historia)		- Hinder/Begränsningar (inre/ytte/historia)
	CH8.3 Målkod	Motivering till Målkod	
1 Sociala	Kommentarer avseende CHANGE och Mål		

Change

- ☐ Beskrivning av förändringsbehov
 - ☐ Vad är det i klientens situation som gör att det finns ett förändringsbehov
 - ☐ Om det ej finns problem, finns det någon annan önskvärd förändring som klienten funderar på
 - ☐ Ex. bättre fysisk hälsa
- ☐ Change avser
 - ☐ Konkretisera vilken problematik som Changeintervjun avser.
 - ☐ Generell problematik, exempelvis Sluta begå brott
 - ☐ Specifik problematik, exempelvis Sluta stjäla bilar
- ☐ Changekod, numret på klientens förändringsfas, se formuläret
- ☐ Motivering till Changekod
 - ☐ Vad i dialogen med klienten som Changekoden baseras på

Att fastställa problematik

ASI-intervjun ger indikationer på om problem inom ett område existerar. Först konstaterar intervjuaren om ett aktuellt problem föreligger inom området, det vill säga om problemet är tillräckligt allvarligt och berör de senaste 30 dagarna. Om klienten har ett mycket lågt intervjuarskattningsvärde på ett område i ASI, bör intervjuaren ta reda på om det tidigare funnits problem inom området. Om så är fallet diskuterar man om och hur länge klienten framgångsrikt hanterat problemet, dvs. handling/förändring, hantering/upprätthållande eller ej relevant.

CHANGE-intervjun berör det huvudsakliga problemet inom området. Detta fastställs på liknande sätt som huvud-drog i ASI. Här tar man hänsyn till faktorer som allvarlighetsgrad, frekvens, påverkan på livssituation och så vidare. Utifrån detta gör man en problemformulering som beskriver vad det är som skall förändras. Om ni är osäkra, kontrollera med klienten.

Problemformuleringen skall vara konkret och kan antingen vara bred (drogproblem, dålig allmänhälsa etc.) eller specifik (högkonsumtion av vin eller diabetes).

När problematiken har fastställts, gör en anteckning under huvudsaklig problematik. Om ASI-skattningen har värdet 2 eller högre ses som detta som ett tecken på att en aktuell problematik föreligger. För att fastställa problematiken kan ASI, andra utredningsinstrument, klinisk diagnos eller annan intervju med klienten ligga till grund för att avgöra om det finns en aktuell problematik.

Att notera är att det inte alltid behöver finnas problem för att det skall finnas en problematik. Ett exempel här är att även när en klient inte har direkta fysiska hälsoproblem så kan det vara viktigt för klienten att få en bättre fysik. I detta fall kan problemformuleringen vara "vill ha en bättre fysik" eller "vill börja jogga".

Reviderad AFF

- ☐ Revideringar och kompletteringar till AFF
- ☐ Kan innehålla information från annan utredning bedömning och diagnosticering
- ☐ Kan utgöra underlag för återföring av information inför MÅL diskussionen med klienten
- ☐ Gör AFF till en komplett dokumentation av klientens problembild

d Reviderad AFF

RAFF är revideringar och kompletteringar till Feedback-formuläret. Delvis kommer dessa från återföringen på ASI och är delvis en sammanfattning av övrig utredning. Korrigeringar och övrig utredning förs in under respektive livsområde och utgör en sammanfattande dokumentation av klientens livssituation. AFF/RAFF fungerar som en självständig, sammanfattande dokumentation och att personalen normalt för inte skall vara behöva läsa originaldokumenten för att få en klar bild av klientens situation. I praktiken utgörs RAFF av ett öppet fält i AFF där all information av betydelse för respektive område förs in.

Måldiskussionen i MAPS kan börja med en återföring av CHANGE kompletterat med en sammanfattning av övrig utredning som förts in i RAFF. Genom att börja varje MAPS session med en sammanfattning av föregående ges möjlighet att kontrollera att man har uppfattat saker rätt och har klienten med sig. Det ger även klienten en känsla av kontinuitet och sammanhang. I återföringen är det viktigt att på ett naturligt sätt föra tillbaka till klienten i vilken förändringsfas man uppfattade att klienten var. Återföringen sker inte genom att man säger till klienten att "du är i fas 2" eller "du är i fundera överväga". Intervjuaren skall snarare formulera vad fasen innebär, exempelvis "Jag uppfattar att du funderar på att ta upp kontakten med dina föräldrar men att du ännu inte har bestämt dig eller börjat fundera på hur det ska gå till". Klientens situation baserat på AFF och RAFF samt klientens förändringsfas från CHANGE är den grund som måldiskussionen bygger på.

MÅL

- ☐ Avser målen för klientens tid vid enheten.
- ☐ Målen ska avse klientens **fas** vid utskrivning eller annan bestämd tidpunkt:
- ☐ Målen för klienten baseras på:
 - klientens **fas** vid inskrivning (enl. CHANGE)
 - problemens omfattning enl. ASI-intervjuarskattning (*area*)
 - enhetens interventionsspektrum (*fas*)
 - enhetens resurser
 - klientens tid vid enheten
- ☐ Differensen mellan Mål och CHANGE-utskrivning utgör ett mått på måluppfyllelse och är en del i kvalitetssäkring.

e Mål

Syfte

Mål-modulen i MAPS-in handlar om vilken *fas* som det är realistiskt fört klienten att ha uppnått vid utskrivning.

Teknik

Klient och personal ska i samråd komma fram till vilken *fas* som kan vara ett realistiskt mål för tiden vid enheten. Intervjuaren bör ha ett motiverande förhållningssätt till klienten och intervjun kan även vara en del i ett motivationsarbete. Innan intervjun ska intervjuaren vara väl förtrogen med begreppet *faser* och med CHANGE.

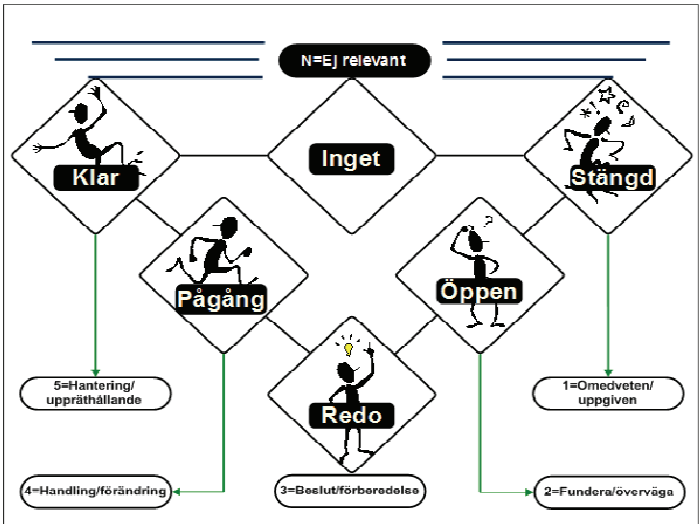
När målen ska upprättas inom ett *område*, utgå ifrån:

1. ASI-intervjuarskattning för *området* (eller annat mått på problemtyngd).
2. Huvudsaklig problematik (vad som ska förändras)
3. Klientens *fas* vid inskrivning (CHANGE).
4. De faser enheten arbetar med.
5. De insatser man har tillgång till inom *området*
6. Den tid under vilken klienten är vid enheten.

I denna modul är det klientens bedömning som kodas.

Mål

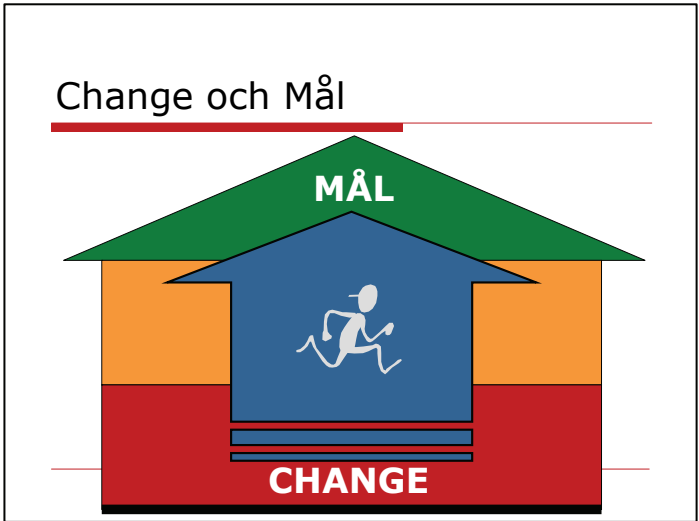
- ☐ Möjligheter och Färdigheter
 - Det positiva som klienten har med sig, exempelvis
 - Intressen, goda erfarenheter, utbildning och motivation till förändring
 - Positiva omständigheter utanför klienten, exempelvis
 - Stöd av familj eller omgivning, ekonomiska och formella möjligheter och enhetens resurser.
- ☐ Hinder och begränsningar
 - Det negativa som klienten har med sig, exempelvis
 - Brist på eller dåliga erfarenheter, utbildning eller låg motivation till förändring
 - Negativa omständigheter utanför klienten, exempelvis
 - Brist på stöd från familj eller omgivning, ekonomiska eller juridiska problem, formella hinder och brist på resurser.
- ☐ Målkod, numret på klientens målfas, dvs. förändringsfas
- ☐ Motivering till Målkod
 - Vad i dialogen med klienten som Målkoden baseras på



I korthet innebär MÅL ett samtal kring vilka förändringsfaser det är realistiskt att klienten går igenom under vårdtiden med hjälp av resurser enheten har till sitt förfogande. Nedan illustreras detta genom att Change ger golvet och Mål ger taket för behandlingen. I måldiskussionen försöker man föreställa sig vilken förändringsfas taket kan symbolisera.

Målet med intervjun är inte att till varje pris nå ett samförstånd om målen. Om klient och intervjuare inte är eniga, koda då klientens mål och gör en anteckning om hur enheten bedömer målet och varför. Detta kan till exempel ske när klienten är i fasen ”omedveten/uppgiven” och ej har något mål eller har en orealistisk inställning till situationen och ej tar hänsyn till den praktiska genomförbarheten. Om en intervju inte är möjlig att genomföra sätter enheten mål utifrån tillgänglig information om klienten (till exempel journaler).

Om en intervju inte är möjlig att genomföra, markera detta i fråga M11 (BAS-modulen). I detta fall sätter enheten mål utifrån tillgänglig information om klienten.



Prioritet – mellan områden

- ☐ 0 Akut
 - Det som inte kan vänta
- ☐ 1 Primärt
 - Kommer i första hand
- ☐ 2 Sekundärt
 - Kommer i andra hand
- ☐ N Ej relevant
 - Ingen problematik
 - Inga resurser/ingår ej i verksamheten

† Prioritet

Syfte

Prioritet är det sista momentet i MAPS-in. Det fyller en liknande roll i MAPS som den globala skattningen gör för ASI. Prioritet avser att göra prioriteringar av behovet av insatser mellan de olika livsområdena. Prioriteringen avser vilka områden som är viktigast att sätta in insatser för att få bästa möjliga effekt av insatserna.

Teknik

Utifrån befintlig information som har insamlats med ASI/ MAPS diskuterar intervjuaren med klienten om hur befintliga resurser kan användas på bästa möjliga sätt för att hjälpa klienten att genomföra de förändringar som är önskvärda och de som ligger inom enhetens uppdrag gällande klienten. Detta kan innebära en förhandlingssituation där både områden som klienten anser är viktiga och de som enheten anser är viktiga för klienten, kan komma att få en hög prioritet. Utifrån samtalen kodar intervjuaren prioriteten för de olika områdena och motiverar den slutgiltiga kodningen för klienten.

Vad påverkar prioriteten?

- ☐ Klientens vilja
- ☐ Problemets viktighet
- ☐ Enhetens resurser
- ☐ Enhetens inriktning
- ☐ Hur insatser inom Området påverkar andra områden - hävstång