

”Vi vil udvikle en model, der sikrer relevant og velkoordineret behandling af personer med dobbeltdiagnose.”

Mange dobbeltdiagnose-patienter risikerer at lande 'mellem to stole' hos kommuner og behandlingssystem. Region Hovedstadens Psykiatri vil i et modelcelleprojekt over de næste to år udvikle et bud på en ny model til behandling af personer med samtidigt psykisk lidelse og alkohol- og stofbrug.

AF MARIANNE BÆKBØL

Barren er sat højt, og målet er tydeligt. En ny og brugbar praksis skal udvikles, og efter grundig afprøvning i modelcellen er det håbet, at den skal udbredes til resten af regionen, ligesom den gerne må inspirere på nationalt plan. Det fortæller leder af Ambulatorium for Psykoterapeutisk udvikling, også kaldet APU, Morten Kistrup.

”Det gav god mening at etablere modelcellen, fordi der samlet set ikke findes meget evidens om *best practice* når det kommer til behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser. De kliniske undersøgelser, der trods alt er gennemført, peger dog blandt andet på, at jo mere koordinering, der er til stede i behandlingen, jo større er muligheden for succes.”

Et begrænset projekt med stort potentiale

Med modelcellen skabes der et mikrokosmos, som ligner en almindelig klinik og udgør en miniudgave af hele processen i et 'normalt' psykoterapeutisk ambulatorium. Det betyder for eksempel, at der er ansat et komplet tværfagligt hold, inklusive en *recovery-mentor* og alle de andre almindelige faggrupper i et ambulatorium, selvom der bliver tale om et begrænset antal brugere. Til forskel fra de almindelige ambulatorier, der primært har fokus på almindelig drift, er alle led og elementer i behandlingstilbuddet i modelcellen til konstant afprøvning og i løbende forbedring og udvikling. Det er selve meningen med det hele.

Modelcellen udgøres af et to-årigt pilotprojekt med en begrænset deltagerkare og et deraf følgende begrænset antal brugere, der kan indgå i projektet. Antallet af forløb er normeret til 200 pr. år stigende til

280 ved pilotprojektets afslutning. De første brugere er allerede henvist og klar til at påbegynde behandlingen 1. oktober 2017. De enkelte behandlingsforløb er normeret til 25 timer, men da de fleste tilbud er gruppeforløb, hvor tidsforbruget omregnes, kan den samlede behandlingstid for den enkelte bruger blive på op til 100 timer eller deromkring på et halvt års tid. Det er i hvert fald tanken lige nu, her et par uger inden dørene går op, og brugerne træder ind. Modellen er lagt an på udstrakt fleksibilitet og nem adgang til løbende justeringer, så Morten Kistrup er indstillet på, at meget kan være ændret inden for de næste to år.

”Den overordnede referenceramme i APU er kognitiv adfærdsterapi, og det arbejder de i forvejen med på rusmiddelcentrene, så vi skal heldigvis ikke også til at tale et nyt sprog med hinanden.”

”På bundlinjen handler det om at skabe lige adgang til sundhed for alle.”

MORTEN KISTRUP

Det vigtigste er, at indsatsen virker og er tiltrækkende.

Samarbejdsmodellen stiller krav om tæt koordinering

Fastlagte koordinerende og forpligtende møder mellem psykiatri, kommune og brugere er omdrejningspunktet i den nye tværsektorielle samarbejds- og behandlingsmodel i modelcellen. Ud over det varierede behandlingsprogram er koordineringsdelen det, der for alvor adskiller modelcellen fra konventionel be-

Modelcelle-projektet har fået lokaler i en nyindrettet klinik på Psykoterapeutisk Center Stolpegården i Gentofte og har fået navnet Ambulatorium for Psykoterapeutisk Udvikling – i daglig tale APU. De første borgere er allerede henvist, og de påbegynder behandling, når APU officielt åbner dørene for den 1. oktober 2017.

handling. Det er en nagelfast aftale mellem APU og de fem kommuner, at ingen behandling går i gang, uden at der er afholdt et koordinerende indsatsmøde, der skal finde sted senest i tredje uge efter første henvendelse. På samme måde holdes der koordinerende indsatsmøder midtvejs og ved afslutningen af alle behandlingsforløb.

”Ideen er, at vi skaber bedre sammenhæng for brugeren, når vi har dette koordinerende indsatsmøde, hvor vi sammenholder behandlingsplan og den kommunale handleplan, inden vi sætter noget i værk.”

Udgangspunktet for APU's behandlingsplan er en caseformulering, der kan betegnes som en psykologisk formulering af borgerens udgangspunkt for behandlingen. Caseformuleringen skabes i samtale med brugeren om, hvad brugeren har af grunde til, at vedkommende har udviklet sig, som det er tilfældet. Der spørges ind til livserfaringer og problemsituationer ud fra en grundlæggende tænkning om, at ”people have good reasons” til de fleste handlinger. Caseformuleringen handler om at prøve at forstå brugeren, hvem og hvad er mennesket bag? Konceptet om caseformulering har også som omdrejningspunkt at se på de svære situationer for brugeren, de tilknyttede handlinger, konsekvenserne af disse samt mulighederne for alternative og mere konstruktive handlinger, altså udvikling af nye mestringsstrategier.

Tæt samarbejde med kommunerne hele vejen igennem

Det er første gang, at der etableres en modelcelle med formålet at forbedre udredning, behandling og tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med dobbeltdiagnoser. Det har krævet et tidligt og tæt samarbejde med kommunerne.

”For at styrke det tværsektorielle fokus har det derfor været vigtigt for os, at vi har haft de fem deltagende kommuner med helt fra start. Det var regionens initiativ og vores økonomiske investering, men kommunerne har investeret mange timer blandt ledere, brugere og medarbejdere. Blandt andet har vi afholdt en event over tre dage, hvor vi i fællesskab udviklede byggestenene til det tværsektorielle samarbejde. Og vi har netop haft vores tredje og sidste planlægningsmøde om, hvordan vi sikrer samarbejdet på tværs.”

Forskellige kulturer bliver afdækket undervejs

Der var ingen tøven blandt de fem kommuner, der blev tilbudt at være med i modelcelleprojektet, for de havde disse brugere siddende rundt omkring på rusmiddelcentrene. Til gengæld har det vist sig, at der råder ganske store kulturelle forskelle mellem den kommunale og den regionale sektor.

”Når vi tager det tværsektorielle arbejde alvorligt og bringer vores partnere ind hele vejen igennem processen, opdager vi, at vi har forskellige kulturer, at der er viden, vi ikke har, og elementer, vi ikke har tænkt ind, og det, tror jeg, gælder på begge sider. Det er ikke nemt hele tiden, men jeg tror på, at det er det bedste, og jeg synes, at vi har haft en virkelig god proces. Det vigtigste ved partnerskaber er at lære hinanden at kende og skabe relationer, og vi har drøftet, hvordan vi bliver ved med det på sigt, altså at kende hinanden, og det handler i bund og grund om at blive ved med at mødes med hinanden om noget relevant.”

Først og fremmest har parterne nu udarbejdet en samarbejdsmodel, der skal søsættes, og de er enige om, hvordan de laver koordineringsmøder, hvor man mødes fysisk i begyndelsen af alle forløb, midtvejs og ved afslutningen.

”Men vi har mange andre idéer til samarbejde. På sigt kunne vi måske bytte medarbejdere på en eller anden måde eller lave gensidig undervisning i et eller andet omfang, altså bytte kompetencer på tværs. Vi vil også gerne lave fælles arrangementer. For eksempel, når der kommer en oplægsholder på besøg her, kan vi invitere de fem rusmiddelcentre med. Det er ikke idéerne, der mangler, nu må vi se, hvad der kan blive muligt, når vi først går i gang.”

Udvikling, læring og fleksibilitet er nøgleord

Den grundlæggende ideologi i APU bygger på en tro på menneskets individualitet og udviklingspotentiale, og behandlingen hviler på et indlæringsprincip: ”Hvordan kan jeg forstå mine handlinger indtil nu, og hvordan kan jeg lære nye måder at handle på?”

”Ideen er, at der kan være stor forskel på mennesker, alt efter deres lidelses sammensætning. Hvis vi skal gå med tankegangen om at have fokus på den enkelte patients ønsker og behov, vil det vigtigste for nogle være at gå i recovery-gruppe sammen med ligesindede, mens det for andre vil give mere mening

De fem deltagerkommuner er primært valgt ud fra et nærhedsprincip: Lyngby-Taarbæk, Ballerup, Gladsaxe, Herlev og Rudersdal. I projektperioden er det kun borgere fra disse kommuner, der kan henvises til Ambulatorium for Psykoterapeutisk Udvikling (APU).

at deltage i en terapigruppe, der arbejder med kognitiv adfærdsterapi med fokus på adfærdsaktivering, at skifte tænkestil, flow, medfølelse, modstandskraft og værdier. Andre igen vil have mest glæde af at styrke færdigheder som udholdenhed, opmærksomhed, følelsesregulering og relationer eller af at deltage i den kropsoverrettede behandling, hvor fokus er på bevægelse med blandt andet Basic Body Awareness Therapy, yoga og mindfulness på programmet.”

Et bredt sammensat behandlingstilbud

Tanken er at sammensætte individuelle moduler ud fra brugerens ønsker og behov med fokus på deltagelse i forskellige relevante grupper. Der er løbende lagt tid ind til individuelle samtaler, men hovedparten af behandlingen foregår i grupper. Grupperne vil bestå af omkring otte deltagere og to terapeuter. Grupperne er åbne med løbende indtag, og man kan skifte imellem dem, men det kan også være, at man fast går i en gruppe og bliver der i en tidsbestemt periode. I grupperne møder brugerne altså forskellige terapeuter og forskellige brugere, alt efter hvilken problemstilling de arbejder med. Det stiller dog særlige krav til APU om at ville imødekomme målgruppens differentierede

”Ude på rusmiddelcentrene er de meget imødekommende over for os. De er fulde af velvilje og samarbejdslyst. Jeg tror, at det er, fordi vi har en fælles værdi om, at vi gerne vil hjælpe disse mennesker, der ikke får hjælp, som det er nu.”

MORTEN KISTRUP

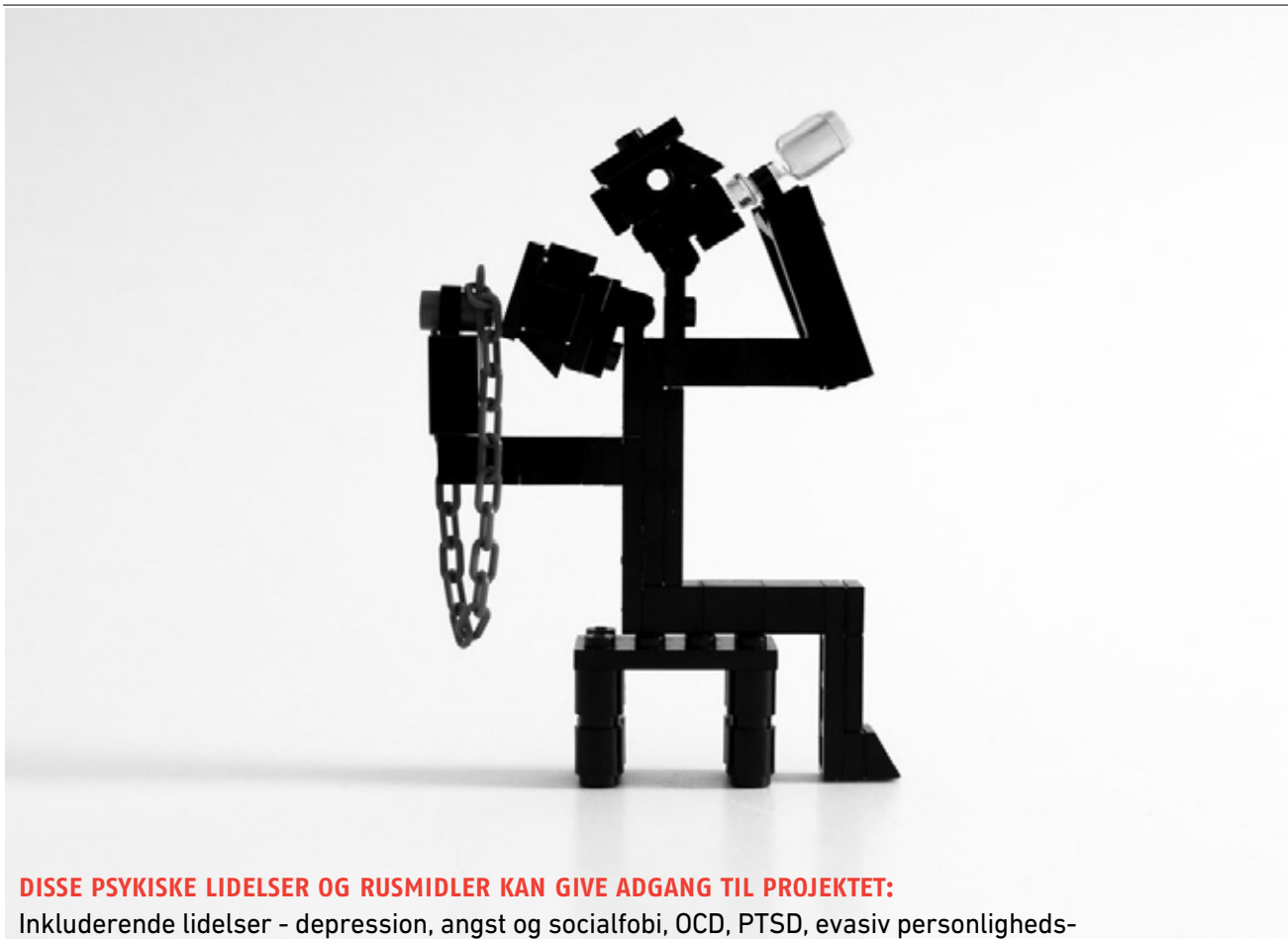
behov, ønsker og muligheder.

”Vi er nødt til at være meget strukturerede for at kunne være *loose*. Her er et menukort af retter, man kan vælge imellem og sammensætte på forskellig vis, og det handler om at skrue op og ned for indhold og intensitet, alt efter hvad brugerne har brug for.”

APU vil væk fra ideen om, at brugeren kommer ind i et system, får en startsamtale og derfra ofte med en vis ventetid går videre til en plads i en lukket gruppe, forbliver der i en bestemt periode og afsluttes. På APU er en af beslutningerne, at man vil behandle mere ’transdiagnostisk’, altså på tværs af diagnose-



Morten Kistrup



DISSE PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDLER KAN GIVE ADGANG TIL PROJEKTET:

Inkluderende lidelser - depression, angst og socialfobi, OCD, PTSD, evasiv personlighedsforstyrrelse, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse.

Inkluderende former for misbrug - alkohol, opioider, cannabinoider, sedativa og hypnotika, kokain, centralstimulerende stoffer, hallucinogener, multiple eller andre psykoaktive stoffer.

DISSE LIDELSER HINDRER ADGANG: Specifikke eksklusionskriterier - Organisk psykisk lidelse, skizofreni, paranoide psykoser, forbigående psykoser og skizoaffektive forstyrrelser, spiseforstyrrelser, mental retardering, psykiske udviklingsforstyrrelser.

grupper, og i højere grad have fokus på, hvad det enkelte menneske har brug for. Morten Kistrup kalder det for 'standardiseret forskelsbehandling'. Brugere skal tilbydes forskellige moduler med forskelligt indhold og sammen med deres behandler vælge dem, der giver mest mening.

Recoverytanken styrer

På linje med indsatsen i de øvrige psykiatriske tilbud i Region Hovedstaden hviler behandlingen i APU på recovery-principper om, at forandring og bedring finder sted hos den enkelte i form af en individuel psykologisk proces (se i forrige nummer af STOF en diskussion af recovery-begrebet; red.). Som behandler

er en af de store opgaver at indgyde håb og tro på bedring på forskellig vis samt at præsentere brugerne for relevante og alternative bud på nye handlemuligheder. Recovery-gruppen i APU ledes af en sundhedsfaglig person sammen med en såkaldt recovery-mentor, der selv har levede erfaringer med psykisk sygdom og misbrug.

”Recovery er en meget vigtig del i det her sammen med ideen om at kunne lave langt mere individuel og fleksibel behandling, der er tilpasset den enkelte, og skabe koordinering og sammenhæng på tværs. Jeg har arbejdet en del med skizofreni og i den sammenhæng beskæftiget mig med stigmatisering og fordomme. Mennesker med skizofreni bliver udsat for mange



fordomme, og det gør stofbrugere også, inklusive i det psykiatriske behandlingssystem. Det skal vi gøre noget ved. Hvis disse mennesker skal komme her og have tillid til, at vi kan hjælpe dem, er vi som minimum nødt til at holde fast i, at vi KAN hjælpe dem, at vi er et vikarierende håb.”

Ud over at deltage i APU's forskellige behandlingstilbud er det også muligt for både professionelle og brugere at deltage i kurser på Recovery-skolen, der udbyder en række forskellige målrettede recovery-kurser, ligesom der er lavet et særligt kursus i efteråret på skolen om dobbeltdiagnoseproblemer.

Der er betingelser, men ikke mange

”Hvis det skal give mening at afprøve en model for tværsektorielt samarbejde, bliver brugerne reelt også nødt til at ’komme’ to steder og altså være aktive på rusmiddelcentret samtidig med, at de er indskrevet i APU. Vi har f.eks. ingen medicinudlevering i APU. Det forudsættes, at man er i stabil i substitutionsbehandling, for der er eksempelvis ikke indregnet opsøgende indsatser i projektet,” fortæller Morten Kistrup.

”Vi kan blandt andet ikke tage ud og hente folk, det har vi ikke afsat ressourcer til. Omvendt vil vi helst ikke have strikse og rigide rammer. Vi vil hellere være kendte for at være rummelige. Det gode ved Lean-konceptet er, at vi hele tiden skal forbedre os, og at vi er gearet til at lave hurtige forandringer, mere eller mindre fra dag til dag. Hvis syv ud af ti ikke kommer til første samtale, må vi granske, hvad er der af grunde til det, og hvad vi kan gøre ved det. Kan vi lave en anden praksis, der virker bedre? Der skal naturligvis nogle mennesker igennem, som afprøver struktur og indhold, inden vi ændrer på de store linjer, men vi kan lave småjusteringer fra dag til dag. Vi har mange drømme og tanker om, hvordan det hele skal være, men vi må se, hvad der holder vand, og hvad der skal skrues på.”

Evaluerings, fordi vi ikke kan være andet bekendt

Som nævnt findes der ikke megen forskningslitteratur om behandlingen af dobbeltdiagnose-problematikker, og spørger man Morten Kistrup, skal arbejdet i modelcellen over de næste to år være med til at råde bod på dette.

”Center for Rusmiddelforskning er inde over

modelcellen i forbindelse med udarbejdelse af en projektbeskrivelse, der, hvis vi får midlerne til det, muliggør et forskningsprojekt, hvor vi kan få evalueret og formidlet vores resultater efter den 2-årige periode. Det nærmer sig efter min mening det uetiske, hvis vi ikke også bruger de data, vi indsamler, til forskning. Især når vi vil udføre en så struktureret og målrettet indsats, hvor vi konstant måler og indsamler data og samtidig arbejder på et felt, hvor der på verdensplan mangler viden. Vi vil vende det til noget positivt, at der ikke er så meget evidens på dette område. Vi kan jo være med til at skabe den.”

Ønskerne er dybfølte, drømmene er mange

Når de to år er gået, er det Morten Kistrups ønske for brugerne, at de har fået lindret deres symptomer og har fået konkrete og brugbare metoder og værktøjer til at håndtere deres lidelse og deres liv. Samtidig har han stort fokus på, at APU's indsats går hånd i hånd med de problemer, der yderligere er knyttet til misbruget for de fleste brugeres vedkommende.

”Dybest set handler det for mig om at være med til at mindske uligheden i sundhedssystemet. Det interessante i det her er, at vi lige nu har en masse ideer og en masse snakke, men det er først nu, det hele bliver virkeligt og skal stå sin prøve. Jeg er fuld af tiltro, men jeg er også sikker på, at det bliver ret svært.” ■

Evt. relevante links

APU: <https://www.psykiatri-regionh.dk/apu>

Dansk Lean Forum – Hvad er Lean? - <https://leanforum.wordpress.com/2007/05/21/hvad-er-lean/>

Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeldiagnoser/Sider/default.aspx>

Center for Rusmiddelforskning: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/>

Bonusinfo: Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udgav i 2014 sammen ’Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner’. De koordinerende indsatsplaner skal udrulles i hele landet. Se evt.: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeldiagnoser/koordinerende-indsatsplaner%E2%80%99/Sider/default.aspx>