

Hvad har vi lært af 15 års projekter på Dobbeltdiagnoseområdet?

Birgitte Tylstrup, lektor,
Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet
Katrine Schepelern Johansen, seniorforsker,
Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri

Program

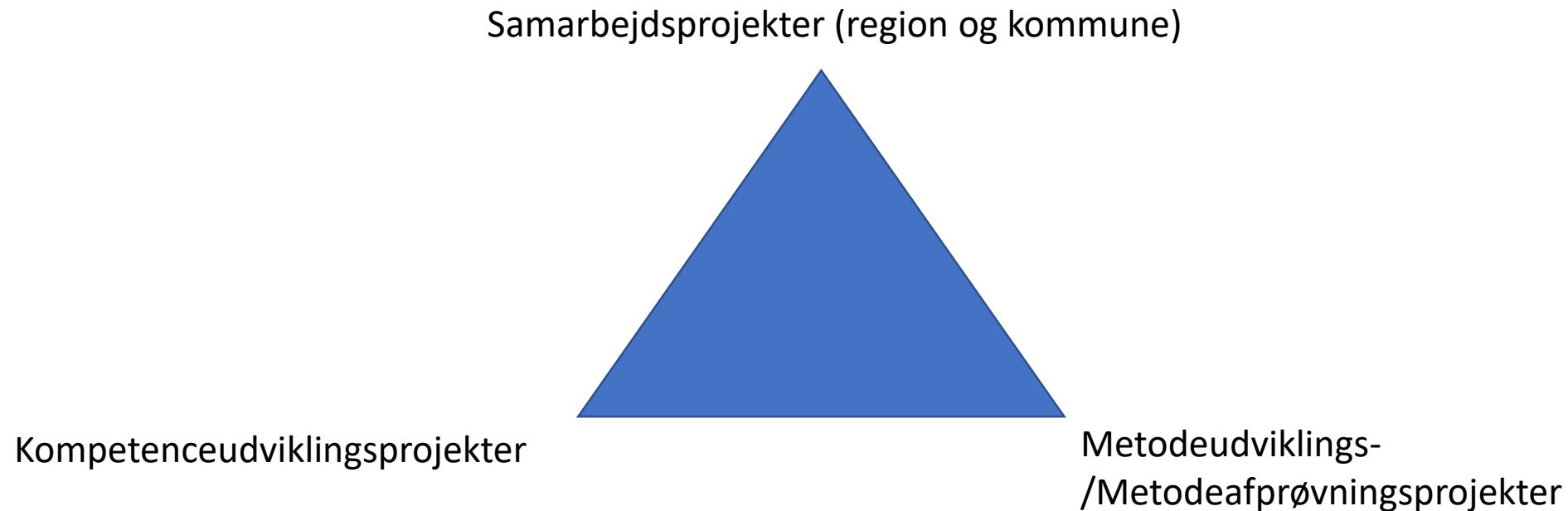
- Indledning
 - Hvorfor dette symposium?
 - Hvilke projekter taler vi om?
 - Metode
- Den positive læring – what to do?
- Den negative læring – what not to do?
- Hvordan kan vi gå videre herfra?
- Afslutning

Dobbeldiagnose-området i Danmark er bl.a. kendetegnet af...

- Manglende fælles, nationale retningslinjer for indsatsen
 - Manglende fælles ansvar for området
 - Manglende viden om omfang, prognose, forløb, effektive behandlingstilbud, gode organiseringsmodeller...
-
- Tilgængæld har vi haft en lang række forskellige projekter
 - Hvis baggrund kan synes en anelse tilfældig/vilkårlig – hvorfor er det netop disse indsatser, der er blevet valgt?
 - Hvor der dog ikke er blevet lavet nogle tværgående erfaringsopsamlinger
 - Og hvor resultaterne af de forskellige projekter ikke er blevet vurderet i forhold til hinanden

Typologisering af projekterne

- Nationale projekter vs. Lokale/regionale projekter
- Forskelligt fokus:



Hvilke projekter taler vi om?

- Nationale projekter på dobbeltdiagnoseområdet:
 - Udredningsprojekter/screeningsprojekter (bl.a. Socialstyrelsen, fra 2006-)
 - Bl.a. Århus, Fredericia, Esbjerg, Horsens, Ålborg, Slagelse, Frederiksberg...
 - Integreret indsats (Socialstyrelsen 2011-2014)
 - Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne (Sundhedsstyrelsen 2012-2015)
 - Koordinerende indsatsplaner (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2014-)
 - ACT-teams (Socialstyrelsen 2015-2017)
 - Nationale Kliniske Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2014-)
 - NKR for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilnytning
 - NKR for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
 - Generisk forløbsprogram – Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug (Socialstyrelsen 2015, Region Sjælland 2016-2017)
 - Fælles undervisning (Sundhedsstyrelsen 2017-2018)
 - Botilbudsteam (Sundhedsstyrelsen 2017-2020)
 - Kortlægning af indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug på botilbud og boformer for hjemløse (Socialstyrelsen 2019)
 - De særlige pladser i psykiatrien (Sundhedsstyrelsen 2017-)

Hvilke initiativer var der med i regeringens psykiatriudspil fra 2018?

- 36. Kompetencecentre for behandling af dobbeltbelastning
- 37. Udvikle og afprøve værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykiske lidelse og samtidigt misbrug
- 38 Færre rusmidler og farlige genstande på psykiatriske afdelinger

Dertil kommer en række lokale projekter...

- F.eks. i Region Hovedstaden
 - Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb (2010-2013)
 - Klinik for misbrug og ikke-psykotiske sindslidelser (2013-2014)
 - KKR-projekt om Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose (2015-2016)
 - Fællesteam på botilbud (2014-2017)
 - Udgående rusmiddelbehandling i København, URUS (2017-)
 - Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling – behandlingen af mennesker med ikke psykotisk lidelse og misbrug (2016-)
 - Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Modelprojekt for implementering af tværsektorielle tiltag vedr. borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug (2017-2018)

Så hvorfor dette symposium?

- Hvad har vi fået ud af et par hundrede millioner projekt-kroner på dobbeltdiagnoseområdet?
- Et forsøg på at starte den tværgående erfaringsopsamling inden for dobbeltdiagnoseområdet
- Kan vi bruge den viden, der er genereret i de mange projekter, til at udfylde nogle af de eksisterende videnshuller?
- Kan vi bruge den viden, der er genereret i de mange projekter, til at kvalificere mulige, fremtidige ændringer på området?
- Ved vi noget om, hvad brugerne synes om projekterne?

Disclaimer

- KSJ har arbejdet som projektleder på flere af projekterne
- KSJ har bidraget som konsulent på flere af projekterne
- KSJ har evalueret et af projekterne
- BT laver forskning/evaluering i forbindelse med et af projekterne

Disclaimer

- KSJ har arbejdet som projektleder på flere af projekterne
 - KSJ har bidraget som konsulent på flere af projekterne
 - KSJ har evalueret et af projekterne
 - BT laver forskning/evaluering i forbindelse med et af projekterne
-
- Hvad med jer – har I haft noget at gøre med projekter på dobbeltdiagnoseområdet?

Metode i dette oplæg

- Gennemgang af evalueringsrapporter, erfaringsopsamlinger, faglige artikler, interviews og samtaler m.m.
- + egne erfaringer fra arbejdet med projekter og indsatser
- Hvad fortæller de om udfordringer på dobbeltdiagnoseområdet og mulige løsninger?
- Nedslag:
 - What to do?
 - What not to do?
- (Ikke en systematisk meta-analyse)

Den positive læring – what to do?

- Anerkende, at man i mange tilfælde ikke kan skille tingene ad
- Acceptere, at der ikke altid kan opnås frihed for den ene lidelse først
- Beslutte sig for ikke at vente, men søge det muliges kunst
- Prioritere at udvikle området – tid, viden, ressourcer og samarbejde
- Række ud til dem, der kan støtte denne proces
- Respektere andres perspektiver
- Turde udfordre egen organisation og forståelse af opgaver
- At ville bygge bro

Ledere

- Interesse sig for feltet og kende sin målgruppe
- Tage ansvar og føle engagement (rollemodel)
- Se det som muligt båd at styrke egen profil og samarbejde med andre
- Løbende inddrage medarbejdere i vision og nødvendige tiltag
- Ansætte medarbejdere, der gerne vil arbejde ud fra dobbelt fokus
- Sikre medarbejdere involveres (også nye) ift. ændringer/nye tiltag
- Sikre sagsstammer støtter op om tid brugt med den enkelte borger

Kultur

- Afgørende for samarbejde
- Se styrken i samarbejdspartnere – vi kan ikke alene
- Fælles mål, der bygger bro mellem specialopgaver (vision, mission og værdier)
- Aflive myter og styrke tillid (til kompetencer, vilje, ansvar)
- Vilje til at styrke sammenhæng og genkendelighed hos borgerne

Kulturforskelle – myter eller sandhed?

- Fire kendte kliniske hypoteser om årsagssammenhæng mellem misbrug af rusmidler og psykisk lidelse blev opsummeret af Lehmann et al. i 1989
- **Psykisk lidelse primær og misbruget sekundær.** Misbrug form for selvmedicinering og forsøg på at håndtere psykisk ubehag forbundet med de psykiske problemer - dulme ubehag ved angst ved at drikke eller ryge cannabis
- **Misbrug primær og psykiske problemer sekundær.** Psykiatriske symptomer manifestationer af effekten af anvendte rusmidler - depression følger alvorligt alkohol- eller kokainmisbrug; akutte psykiatriske syndromer ved forgiftning eller abstinenser
- **De to lidelser er ikke forbundne, men kan forstærke hinanden**
- **Fælles ætiologi.** Grundlæggende fælles faktorer (sårbarhed) disponerer personen til at lide af begge forstyrrelser - alkoholisme og affektive forstyrrelser er forbundet, fordi fælles faktorer øger risiko for begge lidelser

Hypotese 1

- Rusmiddelbruget måde at håndtere og selvmedicinere psykiske problemer
- Ses oftest i psykiatrien – dog også ofte udbredt opfattelse, at psykiske forstyrrelser er resultat af rusmidlers negative effekter
- Rødder i lægelige traditioner og afspejler sig diagnoser, som kaldes ”stofinducerede depressioner” eller ”stofinducerede angsttilstande”
 - Rationalet måske, at problematisk brug af rusmidler ofte sammenkædes med sociale problemer (kriminalitet, arbejdsløshed og familieproblemer), snarere end at være en lidelse, der er påvirket af både biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer
 - Går igen i diagnosesystemet, hvor ICD-10 lister rusmiddelrelaterede lidelser sammen med andre psykiske lidelser under mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser (under bogstavet F)
 - Man kan i ICD-10 anvende en hierarkisk tilgang til det at stille en diagnose: Først udelukke diagnoser med lavere numre før man kan give diagnose med højere nummer. Stofrelaterede diagnoser har nummer F1, og en depressiv episode nummer F32.
 - Anvender man denne tilgang, skal man i princippet kunne udelukke, at en depressiv episode i virkeligheden skyldes den alkoholrelaterede lidelse, for at man kan stille diagnosen.

Hypotese 2

- Psykiske problemer resultat af længerevarende eller akut og kaotisk rusmiddelbrug
- Ses ofte i rusmiddelbehandling
- Kommunal rusmiddelbehandling i Danmark ikke fælles definition af misbrug, eller hvornår noget er et misbrug (i modsætning til psykiatrien, som opererer med ICD-10)
 - "Alkoholmisbrugere" og "stofmisbrugere" med fokus på helhedsorienteret behandling og både sundhedsfaglig og socialfaglig indsats
 - Serviceloven: Tilbud skal være "sammenhængende og helhedsorienterede, og det skal tilstræbes, at det samlede tilbud bidrager til at give den enkelte en mere selvstændig tilværelse med respekt for den enkeltes ønsker, behov og muligheder for livsudfoldelse"
- Ikke at en kommune har/skal have personale, som er indstillet på at arbejde med psykiske lidelser, eller har ressourcer til at adressere de psykiske lidelser
 - Kan være administrativ beslutning ikke at levere behandling for psykiske lidelser
 - Flere undersøgelser peger på, at personalet kan føle sig usikre på, hvordan de skal håndtere psykiske lidelser, /føler sig kompetente til at håndtere dem

At bruge tid sammen

- Vi ved relationerne betyder meget for målgruppen
- ...det gør det også for medarbejderne
- 'Kulturarbejde' og fysiske møder styrker samarbejdsrelationer
- Styrke gensidig læring / fælles faglighed (arrangementer)
- Kommunikere om, hvordan vi kommer videre ved fælles faglig hjælp, snarere end at 'ridse fagligheder op'
- Jo bedre vi kender hinanden, jo lettere tager vi kontakt og er nysgerrige på hinanden

Selve forløbet

- Indledende møde afgørende (mødes med borger og afklare behov)
- Hvem gør hvad – og hvornår? (afklare rollefordeling)
- Støtte op om, at borger oplever fælles fodslag og sprog
- Hvem bærer den personlige relation før, under og efter?
- Hvem bærer fokus på borgerens hverdag og ikke kun den specifikke indsats?

Afslutning

- At anerkende indsatsen hos alle – alle har prøvet det bedste
- Hvad er næste skridt
- Hvem 'går videre' med borgeren – også når de ikke afsluttes som planlagt

Praktisk

- Afsætte tid til møder på tværs inden opstart
- Blive enige om målgruppen – den svære...
- Realistisk struktur for samarbejdet om de fælles borgere
- Plan for, hvordan borgere, der ikke kan deltage kan gribes af de forskellige hjælpesystemer
- Realistisk ramme for kommunikation – need to know og nice to know

What not to do?

1. Kan kompetenceudvikling stå alene?
2. Når man skaber mulighed for at psykiatri og misbrugsbehandling mødes – får vi så automatisk et godt samarbejde?
3. Hvordan sikre man sig erfaringsoverførsel? Fra projekt til projekt, fra styrelses-område til styrelses-område?
4. Hvad sker der med samarbejdsmodeller, når projekterne slutter?
5. Hvor vigtigt er dobbeltdiagnose-området i praksis? Og for hvem?

Kan kompetenceudvikling stå alene?

- Flere projekter har fokuseret på kompetenceudvikling i psykiatrien
 - Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne
 - Socialsygeplejerske projektet
- Eller kompetenceudvikling på tværs af psykiatri og misbrugsbehandling (fælles skolebænk)
 - Implementering af de koordinerende indsatsplaner
 - Fælles undervisning

Kan kompetenceudvikling stå alene?

- Model med udvalgte ressourcepersoner, der modtager kompetenceudvikling, er sårbar
 - Ressourcepersoner forsvinder
 - Implementering af nye behandlingstilgange bliver afhængig af ressourcepersoners position
 - Få ressourcepersoner gør det nemmere at se bort fra det indsatsområde, som de repræsenterer
 - Er der tænkt på, hvordan man kontinuerligt sikre, at der er ressourcepersoner med relevante kvalifikationer?
- Model med bredt udbud af undervisning til personer med interesse
 - Man rammer kun dem, der i forvejen er interesserede
 - Det er vanskeligt at understøtte implementering
 - Det er svært at gøre det specifikt, og dermed relevant nok

Kan kompetenceudvikling stå alene?

- Kompetenceudvikling kan ikke stå alene som det, der gør dobbeltdiagnose-indsatsen bedre
- Men kan samtidig ikke undværes

Når psykiatri og misbrugsbehandling mødes – får vi så automatisk et godt samarbejde?

- En lang række af projekterne har handlet om samarbejde
 - Integreret indsats
 - Socialsygeplejerske
 - Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug
 - Fælles teamet
 - Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne
 - Koordinerende indsatsplaner
 - ACT-teams
 - Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug
 - Fælles undervisning
 - Botilbudsteam
 - Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling – behandlingen af mennesker med ikke psykotisk lidelse og misbrug
 - Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Modelprojekt for implementering af tværsektorielle tiltag vedr. borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug
- Nogen med succes – andre med meget lidt succes

Når psykiatri og misbrugsbehandling mødes – får vi så automatisk et godt samarbejde?

- De projekter, hvor det er gået galt, har fået skabt en situation, hvor samarbejdet er blevet præget af:
 - Faglig mistillid – hvad er det egentlig, at de andre går og laver? Hvad er de faglige argumenter for de andres indsatser?
 - Konkurrence i stedet for samarbejde – vi kan gøre det lige så godt alene
 - Oplevelse af asymmetriske magtforhold – psykiatrien anerkender ikke de faglige vurderinger fra misbrugsbehandlingen, og kommunerne anerkender ikke de faglige vurderinger fra psykiatrien
 - ‘Lænen sig væk fra hinanden’ – nedprioritering af de tværsektorielle aktiviteter
- Så nej – vi får ikke automatisk et godt samarbejde

Hvordan sikre man sig erfaringsoverførsel?

- Fra 2006 har der kørt en række udrednings- og screeningsprojekter – bl.a. i regi af Socialstyrelsen
- Har bl.a. dokumenteret betydeligt omfang af psykisk sygdom blandt brugere i misbrugsbehandling
- Projekt 'Bedre indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne', som kørte i regi af Sundhedsstyrelsen fra 2012-2015, havde i flere af sine delprojekter et fokus på diagnosticering af misbrug hos psykiatriske patienter
- Alligevel ser vi i regerings psykiatriudspil fra 2018, at der er brug for at 'Udvikle og afprøve værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykiske lidelse og samtidigt misbrug' (indsats nr. 37)

Hvordan sikre man sig erfaringsoverførsel?

- ACT (Assertive Community Treatment) har været model for psykiatriens OP-teams siden midten af 00'erne
- De sidste par år er man gået i gang med at konvertere teamsene til F-ACT-teams
- I 2015 går Socialstyrelsen i gang med et projekt, hvor man skal afprøve ACT-modellen på mennesker med alvorlig psykisk sygdom og misbrug

Hvad sker der med samarbejdsmodeller, når projekterne slutter?

- En række af samarbejdsprojekterne har udviklet velfungerende samarbejdsmodeller, f.eks.
 - Integreret Indsats
 - Fælles team
 - Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne

Hvad sker der med samarbejdsmodeller, når projekterne slutter?

- Fra evalueringen af projekt Integreret Indsats:
- ”Evalueringen har analyseret, om kommuner og regioner har opnået en integreret og virkningfuld tilgang til borgere med sindslidelse og misbrug ved at anvende den samarbejdsmodel, som er udviklet i projektet. Samlet set viser evalueringen, at kommuner og regioner har etableret en tilgang til arbejdet med borgere i målgruppen, som medfører en tydelig positiv udvikling på organisatorisk plan, og en række indikationer på bedring hos borgerne” (Deloitte Social 20xx: xx)

Hvad sker der med samarbejdsmodeller, når projekterne slutter?

- På trods af denne evaluering blev samarbejdsmodellen ikke fast implementeret eller udbredt i Region Hovedstaden – hverken i psykiatrien eller i kommunerne
- Argumentet i psykiatrien var ressourcer og andre satsninger
- Samarbejdsmodellerne handler primært om at få udfører-niveauet til at tale bedre sammen – de handler ikke om organisatoriske ændringer

Hvor vigtigt er dobbeltdiagnose-området i praksis? Og for hvem?

- Når man kigger på alle disse projekter, der er blevet gennemført – og mange af dem med positive evalueringer – så kan det undre, at mange af dem ikke lever videre ud over projekt-perioden
- Konkurrerende dagsordener i psykiatrien:
 - Sundhedsplatformen (i Region Sjælland og Region Hovedstaden)
 - Sundhedsfaglig specialisering, fokusering på den sundhedsfaglige kerneopgave, bedre medicins behandling
 - Somatisk helbred
 - Nedbringelse af tvang
 - Ansættelse af recovery-mentorer, medarbejdere med erfaringsbaggrund

What not to do?

1. Vi kan ikke udelukkende satse på kompetenceudvikling
2. Vi får ikke nødvendigvis et godt samarbejde, bare fordi vi får psykiatri og misbrugsbehandling til at mødes
3. Vi er dårlige til at inddrage eksisterende viden
4. Vi får ikke forankret samarbejdsmodellerne, når projekterne slutter
5. Dobbeldiagnose-området er tilsyneladende ikke vigtigt nok i praksis og på ledelsesniveau

What not to do?

1. Vi kan ikke udelukkende satse på kompetenceudvikling – vi skal også kigge på organisatorisk forankring og organisatoriske ændringer
2. Vi får ikke nødvendigvis et godt samarbejde, bare fordi vi får psykiatri og misbrugsbehandling til at mødes – vi bliver nød til også at have en opmærksomhed på organisatoriske og kulturelle forhold
3. Vi er dårlige til at inddrage eksisterende viden – det skal vi blive bedre til
4. Vi får ikke forankret samarbejdsmodellerne, når projekterne slutter – de næste projekter bør nok fokusere på implementering fremfor udvikling af endnu en samarbejdsmodel
5. Dobbeldiagnose-området er tilsyneladende ikke vigtigt nok i praksis og på ledelsesniveau – det kan jo undre. Vi bør have bedre dokumentation for områdets betydning

Fælles snak

- Hvad genkender I fra egen praksis eller forskning?
 - Hvad har I gjort med held?
 - Hvad har I gjort med mindre held?
 - Hvad synes I, vi skal gøre med af?
 - Hvad synes I vi skal gøre mindre af?
-
- Hvis I skulle foreslå det næste projekt/initiativ/.... inden for dobbeltdiagnoseområdet – hvad skulle det så være?

Opsummering

- Danmark er ikke førende inden for udvikling af dobbeltdiagnosefeltet
- Vi er gode til lokale initiativer – kan være udfordring for samarbejde

Afslutning

- Så hvad har vi lært?

Afslutning: Hvad ved vi stadigvæk ikke?

- Er dd-området særligt vanskeligt at implementere forandringer i – f.eks. pga. moralsk fordømmelse af misbrug?
- Hvad skal der til for at få et effektivt samarbejde mellem psykiatri og misbrugsbehandling til at fungere?
- Hvilken samarbejdsmodel er mest effektiv – fælles møder (f.eks. Integreret indsats, koordinerende indsatsplaner) eller fælles team (f.eks. ACT-teams, fælles teamt)?