Pilotprojekt: Behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelbrug

Samarbejde på tværs mellem Region Syddanmark og kommunerne Middelfart, Esbjerg og Fredericia.

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2022

Karina Berthu Ellegaard Skov, Bagga Bjerge og Mads Uffe Pedersen

AARHUS BSS
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
PSYKOLOGISK INSTITUT
AARHUS UNIVERSITET

Indhold

Indhold **2**

1.0 Introduktion **4**
1.1/ Baggrund 4
1.2/ Målgruppe 5
1.3/ Behandling til borgere med dobbeltdiagnose 5
1.4/ Det tværsektorielle samarbejde 6

2.0 Evalueringens tilgang: metode og data **7**
2.1/ Evalueringsdesign 7
2.2/ Evalueringens betingelser 10

3.0 Fredericia **11**
3.1/ Formål 11
3.2/ Målgruppe 11
3.3/ Organisering af indsats 11
3.3.1/ Det tværsektorielle samarbejde 11
3.4/ Datagrundlag 13
3.5/ Resultater 13
Tabel 3.3. Sociodemografiske baggrundsdata 13
3.5.1/ Aktiviteter 14
3.5.2/ Borgernes perspektiv 14
3.5.3/ Medarbejdernes perspektiv 23
3.6/ Perspektiver 28

4.0 Esbjerg **29**
4.1/ Formål 29
4.2/ Målgruppe 29
4.3/ Organisering af indsatsen 29
4.4/ Datagrundlag 31
4.5. Det tværsektorielle samarbejde 32
4.6. Resultater 33
4.6.1. Sociodemografiske karakteristika 33
Tabel 4.3. Sociodemografiske baggrundsdata 33
4.6.2. Aktiviteter i koordinationsgruppen 34
4.6.3. Borgernes perspektiv 34
4.4.1/ Medarbejdernes perspektiv 45
4.5/ Perspektiver 52

5.0 Middelfart 53
5.1/ Formål 53
5.2/ Målgruppe 53
5.3/ Organisering af indsats 53
5.3.1/ Det tværsektorielle samarbejde 54
5.4/ Datagrundlag 55
5.5/ Resultater 56
5.5.1/ Sociodemografiske karakteristika 56
5.5.2/ Aktiviteter 56
5.5.3/ Borgernes perspektiv 57
5.5.4/ Medarbejdernes perspektiv 63
5.6/ Perspektiver 69

Sammenfatning 70

6.0 Litteratur 73

7.0 Bilag: Læringsværksted 74

1.0 Introduktion

1.1/ Baggrund

I 2019 nedsatte Danske Regioner en arbejdsgruppe, der kom med 10 anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom. Det indgår som en af anbefalingerne, at mennesker med svær psykisk sygdom og samtidigt rusmiddelbrug skal have adgang til et sammenhængende behandlingstilbud. Dette blev startskuddet til det pilotprojekt, som denne rapport præsenterer evalueringen af. I evalueringen benævnes målgruppen 'borgere med dobbeltdiagnose' og vi anvender termen 'projektdeltagere' om de borgere, der indgår i analyserne under de tre delprojekter.

Indsatsen indgår som en anbefaling i Psykiatrien i Region Syddanmarks Psykiatriplan 2020-2024. Pilotprojekternes resultater skal danne baggrund for organisering af den fremtidige indsats for samarbejde om og behandling af mennesker med dobbeltdiagnose i Psykiatrien i Region Syddanmark.

"*Pilotprojektets formål er at forbedre adgangen til behandling og den samlede, tværsektorielle indsats for borgere, der har psykiske vanskeligheder, samtidig med at de har et misbrug. Borgerne i grænselandet mellem psykiatri og misbrug efterspørger større indflydelse på eget liv samt mulighed for at få den hjælp, som de selv vurderer, de har brug for. Projekts sigter derfor også at styrke brugerperspektivet i de sammenhængende indsatser.* " (Udmøntningsnotat 29. maj 2020)

For nuværende foregår rusmiddelbehandlingen i kommunerne, mens den psykiatriske behandling foregår i regionerne. Et primært formål med projektet var inden for den nuværende arbejdsdeling mellem region og kommune, at understøtte særligt tilrettelagte og sammenhængende forløb med fokus på både rusmiddelbrug og psykisk sygdom.

Pilotprojektet skulle kvalificere arbejdet med borgere med dobbeltdiagnose ved at styrke samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunale rusmiddelbehandling med udgangspunkt i regionens og den enkelte kommunes organisering, samt fælles ønsker og behov. Der blev udvalgt tre psykiatriske afdelinger og tilhørende kommuner, som skulle arbejde med tre forskellige målgrupper og organisering. De individuelle forhold vil blive beskrevet under hvert delprojekt, mens denne introduktion forholder sig til de overordnede rammer. Endeligt sammenfattes erfaringerne på tværs af delprojekterne afsluttende i rapporten.

Indsatserne i de tre delprojekter bygger videre på erfaringer fra et andet projekt mellem regionen og kommunerne (*Fælles samarbejdsaftale for borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug)*, hvor borgerne får udarbejdet koordinerende indsatsplaner af sygehusets forløbskoordinatorer. Ved at indgå i nærværende pilotprojekt, forpligter organisationerne i de tre byer sig til fortsat at have fokus øget på borgergruppen, implementere fælles strategier og indgå formelle tiltag og samarbejder sektorerne imellem.

Projektet blev finansieret af Psykiatrien i Region Syddanmark, som havde udpeget en projektleder. Projektet blev fulgt af en styregruppe, som rapporterede til sygehusledelsen. Hvert enkelt delprojekt havde desuden sin egen projektgruppe, som løbende mødtes. Center for Rusmiddelforskning havde til opgave at indsamle og analysere data til denne evaluering.

1.2/ Målgruppe

Projektets sigte var borgere med dobbeltdiagnose. Kendetegnet for denne målgruppe er, at det ofte skaber komplekse udfordringer, som gør, at det er vanskeligere at behandle såvel de psykiske vanskeligheder som rusmiddelproblematikkerne, særligt hvis de forsøges behandlet i den ene af de to sektorer (Johansen 2018; Pedersen & Pedersen 2018). Skal borgerne hjælpes, kræver det at psykiatri og kommune arbejder sammen for at skabe en sammenhængende indsats, der sigter mod at støtte op og behandle den enkeltes komplekse problemer.

Det er en gruppe med høj kompleksitet i udsathed, der har den mest omfattende brug af velfærdssystemets ydelser, der går på tværs af de forskellige sektorer (Benjaminsen og Enemark 2020, Bjerge et al. 2019). Målgruppen er kendetegnet ved stofbrug, psykiske vanskeligheder og diagnose, ustabile boligforhold samt manglende deltagelse i uddannelse eller på arbejdsmarkedet. Mange vil have svært ved at møde til aftaler og fastholde kontakt til eksempelvis bostøtte, behandlingscenter, jobcenter og lignende.

Mennesker med dobbeltdiagnose har ofte voldsomme oplevelser og traumer, der kan gøre det vanskeligt at tilpasse sig kommunale rammer og sociale velfærdsydelser. Mange har også svært ved at skabe tillid til potentielle ansvarspersoner. De kan have vanskeligt ved at komme i arbejde og fastholde et arbejde, gennemføre en uddannelse samt finde struktur i hverdagen (Fynbo et al. 2021).

En borger med stofbrug koster samfundet 197.000 kroner årligt, mens en borger med dobbeltdiagnose koster samfundet 323.000 kr. årligt (Benjaminsen og Enemark 2020). Blandt borgere med dobbeltdiagnose er der et højere forbrug af psykiatriske og somatiske ydelser, men faktisk også en lavere andel, der modtager behandling for deres stofbrug, end i gruppen af borgere, der har stofbrug og ingen psykisk lidelse (Benjaminsen og Enemark 2020). Når det kommer til denne målgruppe, er der ofte udækkede behandlingsbehov samt et stort behov for at forskellige hjælpesystemer arbejder sammen.

1.3/ Behandling til borgere med dobbeltdiagnose

Behandlingen er organiseret således, at kommunerne varetager rusmiddelbehandlingen, mens regionerne varetager psykiatrisk behandling og behandling i primær sektor. Under indlæggelse har regionerne også ansvar for rusmiddelbehandling. Udfordringen er, at en patient kun under indlæggelse tilhører én sektors ansvar, nemlig regionerne. I den resterende tid, vil denne patientgruppe derfor skulle behandles på tværs af sektorer, hvilket stiller store krav til samarbejde og overlevering.

Borgere med dobbeltdiagnose fordrer en behandlingskombination, der trækker på både socialfaglig, psykiatrifaglig og lægefaglig indsigt og som leveres indenfor en fleksibel ramme, der kan adressere udviklingen i borgernes sammensatte behov.

Udviklingen i stofbehandlingen i Danmark har de sidste 15 år søgt at samle den sociale og medicinske stofbehandling (Bjerge et al. 2020). De seneste år søges at nedbryde endnu flere skel: mellem stof- og alkoholbehandling (gruppebehandlingsprojekterne) og mellem stofbehandling, jobcenter og psykiatri (fx JobRus og tværfagligt samarbejde mellem rus og psykiatri i vores regi).

Det stiller store krav til samarbejde, at borgere i denne målgruppe sjældent kun har to problematikker, men mange udfordringer, der fordrer, at mange forskellige hjælpesystemer arbejder sammen (Johansen og Thylstrup 2022, Bjerge et al. 2019).

1.4/ Det tværsektorielle samarbejde

Der er en formel samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og regionens 22 kommuner, der skal sikre sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorerne. Som styringsredskab anvendes formelt set fælles koordinerende indsatsplaner for at lette koordineringen og kommunikationen mellem de forskellige involverede parter.

2.0 Evalueringens tilgang: metode og data

2.1/ Evalueringsdesign

Projektet var et udviklingsprojekt, og denne rapport sammenfatter erfaringerne fra de tre delprojekter, som eventuelt senere kan underkastes egentlig effektundersøgelse. Derfor har rapporten et stort fokus på den formative evaluering, hvor de summative aspekter i høj grad skal ses som perspektivering.

Den formative evaluering har fokus på at beskrive proces, læring, erfaringer og perspektiver for videre udvikling og baserer sig i høj grad på kvalitative interviews med nøglemedarbejdere og borgere fra hver af de tre delprojekter. Her indgår også kvantitative data, der anvendes til at udfolde målgruppe, aktiviteter og samarbejde på tværs.

Den summative del har fokus på effekten af indsatsen og her er Trivsel og Effektmonitorering (TEM) en væsentlig del, som undersøger, hvordan borgernes trivsel og forbrug udvikler sig over tid, som et udtryk for, hvordan de profiterer af indsatsen. TEM udfoldes sammen med de andre datakilder i tabellen nedenfor.

Tabel 2.1.: Datakilder

Datakilde	Beskrivelse	Fokus	Udfordring/tilpasning
2 interviews med projektmedarbejdere fra hvert delprojekt	Semistrukturerede kvalitative interviews af cirka halvanden times varighed med de deltagende medarbejdere i hvert delprojekt.	Indsatsen, kerneelementer erfaringer og udfordringer	Interviewene foregik online
4 interviews med styregruppemedlemmer	Semistrukturerede kvalitative interviews med styregruppemedlemmer af cirka 45 minutters varighed.	At afdække ideerne og tankerne med projektet samt succeskriterier	Interviewene foregik online. 2 af styregruppemedlemmerne repræsenterede også hver sin lokale projektgruppe. Den sidste projektgruppe var repræsenteret i det ene interview med kernemedarbejder
3 interviews med deltagende borgere	Sigtet var at interviewe 7 borgere fra hvert delprojekt i starten, midten og slutningen af deres forløb.	Afdække tanker, ønsker og forventninger til indsatsen samt erfaringer og udfordringer	Telefoninterviews. Forløbene varierede en del i varighed, derfor blev bestræbelsen at tilbyde interview hver 12. uge. CRF forsøgte at få kontakt til alle projektdeltagere for at sikre flest mulige borgere. Vilkårene var forskellige i de tre delprojekter. 1) Interviews i Middelfart blev erstattet af at følge projektmedarbejderen på job. 2) Interviewdeltagerne i Esbjerg blev kontaktet månedligt i et forsøg på at anvende TEM.

BaggrundsMap	9 spørgsmål omhandlende: alder, køn, indkomst, boforhold, diagnose og medicin stillet af en projektmedarbejder til projektdeltageren ved opstart.	Få informationer om målgrupperne ved projektstart	Ønske om at tilføje spørgsmål til de retspsykiatriske patienter: Er borgeren blevet tvangsmedicineret.
Trivsel og effektmonitorering (TEM)	14 spørgsmål om trivsel, forbrug og eksekutive funktioner, som stilles af projektmedarbejderne. Kan bruges som samtaleredskab til at følge den enkeltes udvikling over tid.	Giver både informationer på individ-niveau, der kan bruges i indsatsen samt på gruppeniveau, der kan give viden om målgruppe og udvikling over tid	Fredericia anvendte skemaet til hver samtale. Middelfart anvendte skemaet til nogle borgere og desuden blev der udviklet en TEM behandlervurdering til de borgere, der ikke selv kunne svare, men hvor behandleren kunne angive oplevelsen af eksekutive funktioner, fysiske symptomer, påvirkethed. Esbjerg anvendte ikke skemaet. Det blev anvendt i forbindelse med telefoninterviews.
Logbog	6 spørgsmål omkring de enkelte aktiviteter med og omkring borgerne: dato, kontekst, hvilke samarbejdspartnere deltog	Informationer om antal aktiviteter og samarbejdsmøder	Projektmedarbejderne i Esbjerg havde ikke nødvendigvis den direkte borgerkontakt, hvorfor dette ikke blev monitoreret der
Netværksanalyse med projektmedarbejdere	11 spørgsmål til projektmedarbejderne omkring ansættelsessted, timer, kontakt til samarbejdspartnere	Få overblik over reelle og ønskede samarbejdspartnere: hvor fungerer samarbejdet, hvor fungerer det ikke. Indsatser der er gode erfaringer med	
Mødereferater (kun Esbjerg)	Et dokument som skulle fungere som fælles kommunikationsredskab og vise evalueringen, hvad der optog gruppen. Herunder borgernære drøftelser og om borgeren deltog i mødet	Få indblik i koordinationsgruppens arbejde og kontakt med borgerne	Dette var en tilpasning, idet logbogen ikke var en mulighed i Esbjerg
Fællesmøder	Evalueringsgruppen deltog i fællesmøder undervejs i projektperioden (styregruppe, behandlingsledere eller andre efter behov). Der var en hotline tilgængelig til evaluerings-gruppen.		

Den kvantitative undersøgelse
Ved opstart i projektet blev hver enkelt borger interviewet med udgangspunkt i afdækningsskemaet *BaggrundsMap*. Spørgsmålene er delelementer fra VoksenMap, som er valideret såvel i nationale stikprøveundersøgelser som i undersøgelser af den kommunale rusmiddelbehandling.
Der var et særligt fokus på boligforhold, indkomst og diagnose og blev brugt sammen med TEM, som afdækkede borgernes brug af rusmidler, trivsel og hverdagsfunktion.

Spørgsmålene fra *TEM* blev stillet undervejs i projektdeltagernes forløb og to delprojekter anvendte det som et samtaleredskab til at følge den enkeltes udvikling over tid. Der anvendes metoden Last observation carried forward til at undersøge udviklingen på gruppeniveau over tid. Denne metode sikrer, at der er det samme antal projektdeltagere for hvert målepunkt. Det resultat, der ses ved sidste samtale, er et udtryk for, hvordan projektdeltagerne ser ud ved sidste samtale. Den sikrer også, at vi ikke får unaturligt positive effekter, fordi den medtager de personer, der falder fra, som typisk har det sværere.

I Fredericia og Middelfart registrerede projektmedarbejderne alle deres aktiviteter med borgerne i en *logbog* i Survey Xact. Dato for aktivitet, deltog borgeren, deltog samarbejdspartnere (hvilke), udskrivning og udskrivningsårsag. Dette for at få et indblik ind i de enkelte aktiviteter på borgerniveau.

Derudover blev der udsendt et spørgeskema til kernemedarbejdere i projektet, hvor de blev spurgt ind til samarbejdsrelationer; *netværksanalyse*. Dette tog udgangspunkt i de medarbejdere, der var udpeget af Region Syddanmark. Resultaterne blev kvalitativt gennemgået og plottet ind i de diagrammer, som findes i afsnittene 'Organisering af indsats' [3.3, 4.3 og 5.3]

Den kvalitative undersøgelse
Der blev foretaget interviews med borgere i alle 3 delprojekter. Sigtet var at interviewe 7 borgere fra hvert delprojekt 3 gange. Dette på telefon som følge af corona. De varede cirka 20 min. I Middelfart foregik det dog lidt anderledes, fordi de retspsykiatriske patienter var svære at interviewe på distancen. I stedet for blev det til møder og besøg, hvor CRF fulgte projektmedarbejderen i dagens aktiviteter.

Ud over mulighed for uddybning af emner, som blev berørt i den kvantitative undersøgelse, fokuserede de kvalitative interview bredere på borgernes erfaringer og ønsker i projektforløbet. Eksempler på spørgsmål er: Hvilke ønsker har du til projektforløbet? Hvad vil du gerne have hjælp til? Hvem deltager i møderne? Hvad går indsatsen ud på? Oplever du en sammenhæng i indsatsen? Bliver dine ønsker hørt og imødekommet? Drømme for fremtiden? Er der noget, du synes skulle være anderledes? Hvad fungerer godt?

Endvidere blev projektmedarbejdere fra de tre delprojekter også interviewet. Disse interviews foregik i gruppe bestående af medarbejdere fra rusmiddelbehandlingen og psykiatrien i hver by. Interviewene omhandlede medarbejdernes specifikke erfaringer. Eksempler på spørgsmål: Hvilke udfordringer møder I? Hvordan håndteres potentielle udfordringer? Hvad mangler I for at kunne forbedre indsatsen? Hvordan opleves det organisatoriske samarbejde? Hvordan opleves samarbejdet på tværs? Hvem er målgruppen og hvordan arbejder i med målgruppen? Kan I give et godt eksempel på, hvordan et forløb ser ud?

Alle kvalitative interviews var semistrukturerede med interviewguide og foretaget af Center for Rusmiddelforskning. Som følge af corona blev disse foretaget enten online eller via telefon. Interviews og noter blev efterfølgende transskriberet og kodet i forhold til de emner, som præsenteres i rapporten: Rusmidler, psykiatri, hverdagsfunktioner, trivsel og samarbejde.

Det specifikke datagrundlag: hvad ligger til grund for resultaterne samt antal beskrives under de enkelte delprojekter. Data fra begge typer af interviews vil indgå i udarbejdelsen af de endelige anbefalinger for fremtidige indsatser i samspil med kvantitative data og pointer fra fællesmøderne.

2.2/ Evalueringens betingelser

Projektperioden varede fra 1. september 2020 til 31. marts 2022, mens dataindsamlingen varede fra januar 2021 til 31. december 2021.

Desværre har projektperioden været påvirket meget af corona og særligt af nedlukninger som følge heraf. Dette har udfordret dels rekruttering af deltagere, samtaler med borgere (fremmøde, motivation, relation), men også haft stor betydning for mulighederne for at mødes fysisk med samarbejdspartnere og etablere nye samarbejder.

Delprojekterne har på forskellig vis været udfordret i forhold til at rekruttere deltagere og/eller skabe et fundament for samarbejde på tværs. Dette er en væsentlig betingelse for læsning af evalueringen og dennes resultater. Dels er det kvantitative datagrundlag så lille, at de kvantitative analyser skal læses som et udtryk for en perspektivering snarere end effektmåling og hele rapporten har mere karakter af formativ end summativ evaluering. Corona har også betydet, at hovedparten af den kvalitative dataindsamling er foregået enten per telefon eller online.

En forklaring på besvær med rekruttering har været, at målgruppen er svær at motivere til behandling og fastholde i et behandlingstilbud. En anden forklaring er, at det har taget tid at opbygge samarbejde på tværs af hjælpesystemer og til samarbejdspartnere, der også skulle rekruttere til projektet, hvorfor rekrutteringen er kommet sent fra start. Dette gælder i særlig grad, når der er tale om en projektperiode, der har været præget af nedlukninger.

Desuden har 'projekt-træthed' været en faktor. I de tre delprojekter har det været italesat, at medarbejderne ikke ønskede flere projekter og kortvarige indsatser. Dette projekt er rettet mod et underbemidlet område, som ønsker midler til varige tiltag, og det har påvirket det engagement som projektmedarbejderne har mødt, når de har forsøgt at inddrage samarbejdspartnere.

3.0 Fredericia

3.1/ Formål

Pilotprojektet tilbød et forløb på 26 uger med det formål at forebygge, at psykisk sårbarhed og rusmiddelbrug blev til behandlingskrævende psykiatri og rusmiddelforbrug. Indsatsen tog udgangspunkt i borgernes ønske om indflydelse på eget liv (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

3.2/ Målgruppe

Målgruppen var +20 år med et forbrug af rusmidler og en psykisk sårbarhed. De var ikke kendte i det psykiatriske system, men kunne have nogle underliggende psykiske sårbarheder eller psykiatriske problemstillinger, der førte til udfordringer i deres hverdag, eksempelvis et forbrug af rusmidler (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

Størstedelen af deltagerne blev rekrutteret via jobcenter, hvor enten borger eller sagsbehandler vurderede, at der var behov for mere støtte eller afklaring. Enkelte via kommunens åbne rådgivning.

3.3/ Organisering af indsats

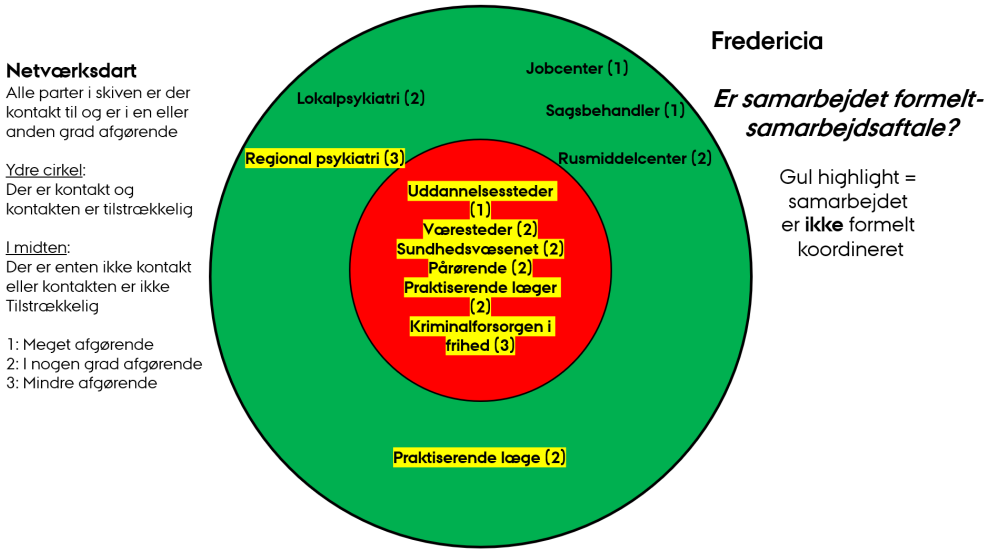
Der blev ansat tre medarbejdere i indsatsen, som fik navnet Kompasset. To havde baggrund i psykiatrien og en med baggrund i Fredericia kommunes rusmiddelcenter. Tilbuddet bestod af et forløb på 26 uger med mulighed for forlængelse, som skulle tilpasses den enkeltes behov. Tanken var, at alle projektdeltagere kom til at møde alle medarbejdere under deres forløb.

I organiseringen af indsatsen var fokus på at etablere samarbejde med de relevante instanser både i forhold til at rekruttere projektdeltagere samt skabe sammenhængende forløb i det omfang projektdeltagerne ønskede og havde behov for dette. Der var særligt fokus på at opbygge et samarbejde med jobcenter og uddannelsessystem for at få kontakt til de unge, som havde udfordringer med rusmidler og psykisk sårbarhed, men ikke var tilknyttet et behandlingstilbud.

3.3.1/ Det tværsektorielle samarbejde

Der kan være flere potentielle samarbejdspartnere, når der arbejdes med denne målgruppe. I dette afsnit udfoldes, hvilke samarbejdspartnere, der var relevante for arbejdet med målgruppe i Fredericia, hvilket blev defineret af medarbejderne i projektet. Desuden beskrives, hvor udfordrende samarbejdet oplevedes. Det billede, der tegnede sig, skal læses som et øjebliksbillede, idet samarbejdet og nettet af aktører kan ændre sig, for eksempel hvis samarbejdet bliver bedre eller behovet for nogle borgere kalder på at etablere samarbejde med endnu en aktør. Medarbejdernes besvarelse til netværksanalysen er sammenfattet i figur 3.1 nedenfor.

I nedenstående diagram listes de relevante aktører i forhold til det samarbejde, der eksisterer omkring målgruppen, defineret af projektmedarbejderne. Tallet i parentesen angiver, hvor afgørende samarbejdet er for arbejdet med målgruppen (1=meget afgørende, 2= i nogen grad afgørende, 3=mindre afgørende). Aktørerne i den grønne cirkel viser, at der var kontakt, og at kontakten blev anset for at være tilstrækkelig. Gul highlight = samarbejdet var ikke formelt koordineret.



Figur 3.1. Netværksdiagram for Fredericia.

Aktørerne i den røde cirkel viser de aktører, hvor kontakten ikke var tilstrækkelig. Det kræver en særlig opmærksomhed, når aktører med prioritet 1 eller 2 listes i den røde cirkel, hvilket er tilfældet her for uddannelsessteder, væresteder, sundhedsvæsenet (somatisk), pårørende og praktiserende læger. Med Regional psykiatri, menes regional døgnpsykiatri.

Når jobcenter og sagsbehandler (begge prioritet 1) listes i den grønne cirkel uden en gul highlight, viser det, at der var samarbejde både formelt og i det daglige arbejde. Det samme var tilfældet for rusmiddelcenter og lokalpsykiatri, men disse parter blev ikke anset som lige så afgørende for samarbejdet omkring målgruppen.

For Fredericias figur gælder det, at deres angivelse i høj grad tager udgangspunkt i, hvilke aktører projektdeltagerne efterspurgte at involvere, fordi de havde en særlig opmærksomhed på at følge borgerne. Som eksempel ville medarbejderne gerne arbejde mere med pårørendeinddragelse, men pårørende har fået prioritet 2, fordi de meget sjældent oplevede, at projektdeltagerne ønskede dette.

Projektmedarbejderne havde oplevelsen af, at de skulle etablere samarbejde nedefra til de relevante samarbejdspartnere, hvilket var udfordrende og resulterede i, at såvel projekt som diverse samarbejder var ustabile i projektperioden. Eksempelvis kom det til udtryk i forhold til at rekruttere projektdeltagere til indsatsen, hvor jobcenteret kom til at spille en afgørende rolle. De forskellige erfaringer med at opbygge samarbejde på tværs bliver uddybet nedenfor i afsnittet samarbejde under medarbejdernes perspektiv (3.5.3).

3.4/ Datagrundlag

Tabel 3.1. Basisoplysninger for Fredericia

BaggrundsMap[1]	24
Logbog[2]	367
Interviews med borgere	I alt 23: 11 er interviewet første gang 9 er interviewet to gange 3 er interviewet tre gange
Interview med medarbejdere	2
Interview med repræsentant for projektgruppe	1
Netværksanalyse	1

1. Registrering af basisoplysninger om personen, herunder bl.a. boligforhold, indtægtsgrundlag, evt. psykiatrisk diagnose.
2. Registrering af aktiviteter (se figur 3.2.)

Trivsels og Effektmonitoreringsredskabet TEM blev anvendt i medarbejdernes samtaler med borgerne. Redskabet dannede udgangspunkt for samtalerne, som både medarbejdere og borgere fandt brugbar. Spørgsmålene omhandlede forbrug af rusmidler, trivsel og hverdagsfunktioner. Svarene udgør datagrundlaget for analyserne af forandring over tid.

I tabel 3.2. vises, hvor mange borgere, der modtog hvor mange samtaler. Der indgår 22 i analyserne, de sidste 2 borgere har ikke svaret på spørgsmålene, formentligt på grund af frafald. Af de øvrige modtog 22 borger mindst 1 samtale, 20 borgere mindst 2 samtaler og 5 borgere 12 samtaler. Der vil desuden være samtaler, hvor TEM ikke blev anvendt, så antal samtaler er et udtryk for antal samtaler med TEM.

Tabel 3.2. Hvor mange borgere fik hvor mange samtaler.

Samtalenummer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Antal deltagere	22	20	18	12	11	11	10	10	10	9	7	5

3.5/ Resultater

Tabel 3.3. Sociodemografiske baggrundsdata

Projektdeltagere	24
Gennemsnitsalder	31 år
Kvinder	45,8 %
Mænd	54,2 %
Diagnose	60,9 %
Boede alene	62,5 %
Kontanthjælp/uddannelseshjælp	62,5 %

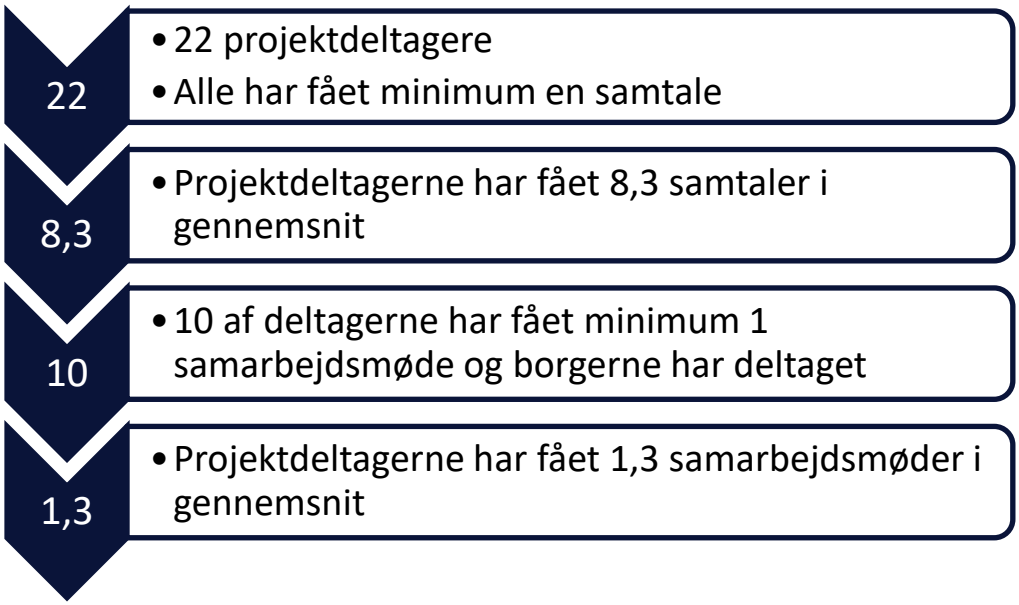
Boede alene: 62,5 % boede alene, 12,5 % boede med partner eller ægtefælle, 20,8 % boede med anden familie og 4,2 % boede med venner. Af de ni projektdeltagere, der boede med andre, boede 44,4 % med andre, der har problemer med rusmidler.
70,8 % boede et sted, hvor de kunne blive så længe de ville, 4,2% boede ustabilt og 12,5 % var boligløs ved opstart. Ustabile boligforhold var et opmærksomhedspunkt ved Fredericias målgruppe, ikke mindst fordi flere af de projektdeltagere, der angav stabile boligforhold ved opstart, kort tid efter mistede deres bolig.

Kontanthjælp eller uddannelseshjælp: Hovedparten fik kontanthjælp eller uddannelseshjælp (62,5 %, 15 projektdeltager), men der var også 8,3% (2 projektdeltagere), som ingen indkomst havde ved opstart i projektet.
12,5 % SU/elevløn, 8,4 % sygedagpenge og ressourceforløb, 4,2 % fik førtidspension og 4,2 % var i lønnet arbejde.

Det særlige ved denne målgruppe var, at de i perioder faldt ud af systemet. Et eksempel på dette var, at nogle projektdeltagere ikke havde en indkomst, da de startede i Kompasset. Et andet eksempel var, at de ofte havde kaotiske livsforhold og akutte problemstillinger, for eksempel mistede deres bolig, indkomst, kom i fængsel eller blev indlagt.

3.5.1/ Aktiviteter

Nedenfor vises, hvilke aktiviteter borgerne deltog i (jfr. Oplysninger fra logbog)



Figur 3.2. Opsummering af samtaleaktiviteter.

3.5.2/ Borgernes perspektiv

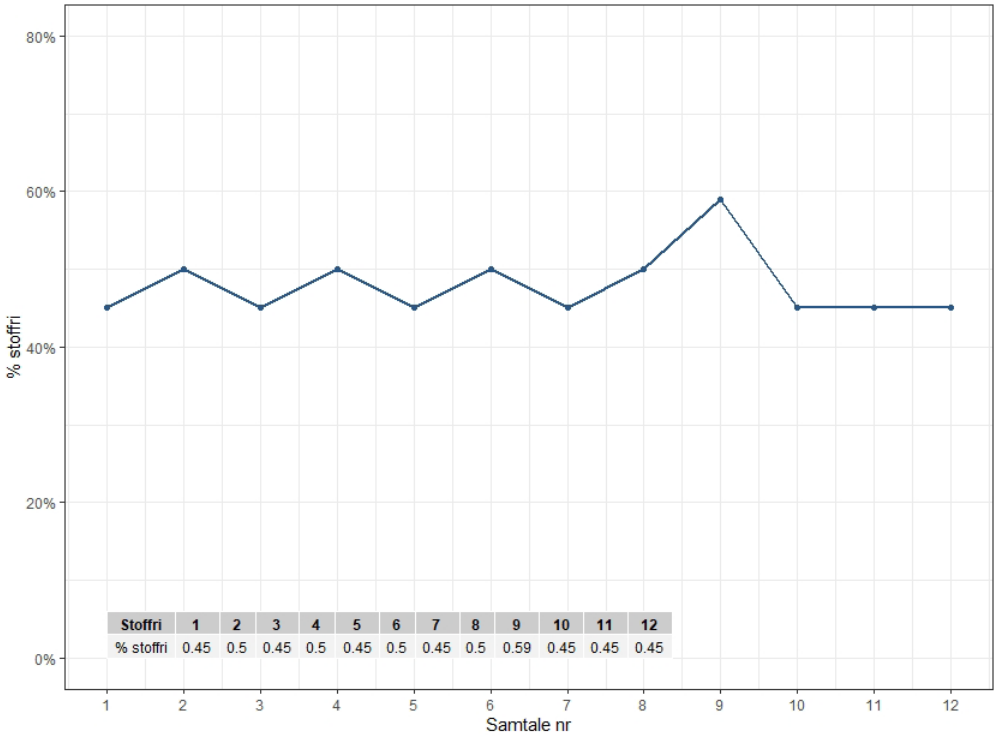
I det følgende afsnit præsenteres først borgernes perspektiv, som er baseret på TEM (fra samtale til samtale), kombineret med en kvalitativ analyse baseret på interviewene med projektdeltagerne. Analysen inddeles i emnerne: Rusmidler, psykiatri, hverdagsfunktioner og trivsel

samt samarbejde. Derefter præsenteres medarbejdernes perspektiv baseret på en kvalitativ analyse inddelt i samme fire emner.

Rusmidler
Blandt projektdeltagerne var der store forskelle på, hvordan forbruget af rusmidler så ud. Enkelte projektdeltagere var tilknyttet et rusmiddelcenter sideløbende med deres forløb i Kompasset, men hovedparten var ikke i behandling. Nogle projektdeltagere havde aktuelt et stortforbrug af rusmidler, andre havde haft et stort forbrug, men oplevede ikke udfordringer med rusmidler for nuværende. En mindre gruppe havde ikke indtaget hverken alkohol eller stoffer den seneste uge op til de blev spurgt.

I de næste to figurer (brug af stoffer, alkohol) anvendes den såkaldte "last observations carried forward" (LOCF) metode, hvor resultatet fra den sidst kendte samtale føres frem til samtale 12 (5 borgere havde som tidligere nævnt modtaget 12 samtaler). På denne måde er værdien ved samtale 12 et udtryk for, hvordan projektdeltagerne havde det ved sidste samtale i forløbet. Denne metode sikrer, at effekten ikke bliver for positiv ved kun at måle på dem, som fastholder deres forløb.

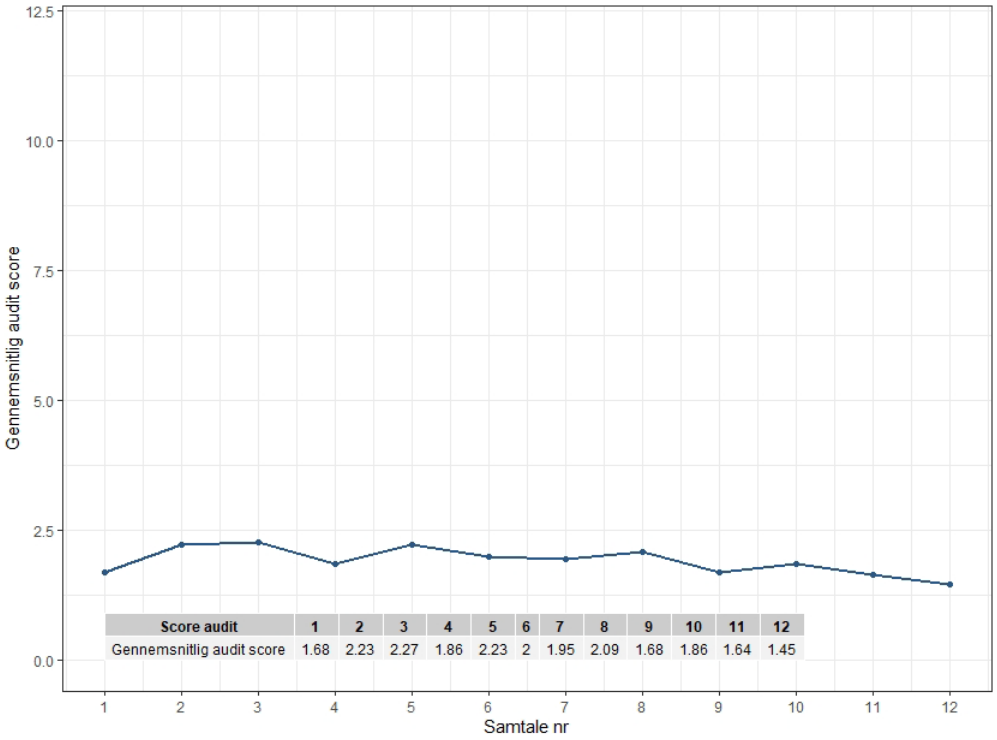
I figuren nedenfor ses, at der var 43% stoffri ved opstart i projektet, og at denne procentdel med små udsving forblev konstant. En ret stor gruppe havde således været stoffri i ugen op til hver enkelt samtale (for nogle var stoffer ikke hovedproblemet). For den gruppe der brugte stoffer, ses der ikke de store udsving.



Figur 3.3. Forbrug af illegale stoffer i ugen op til samtale.

I figur 3.4. er forbruget af alkohol vist. Til at måle dette anvendes AUDIT C, her tilpasset forbruget den seneste uge op til samtalen. En score på 6 viser, at der er drukket alkohol 2-3 dage i den seneste uge og hver gang 5 eller flere genstande. En score på 9 kan vise, at der er drukket alkohol 4-5 dage den sidste uge og typisk 7-9 genstande hver gang.

En score på omkring 2, som ses i tabellen nedenfor, viser, at der typisk er drukket 1 dag den seneste uge og 3-4 genstande hver gang. Som grafen viser har der generelt været tale om et moderat forbrug (nogle drak slet ikke, andre havde et moderat forbrug).



Figur 3.4. Brug af alkohol i ugen op til samtale mål med AUDIT.

For enkelte var der dog tale om massive rusmiddelproblematikker, hvor det komplicerede deres liv yderligere. I projektet blev der således plads til projektdeltagere med nuværende og/eller tidligere rusmiddelproblematikker samt borgere, som aldrig havde haft udfordringer med dette.

De nedenstående citater er udvalgt blandt deltagere med nuværende eller tidligere rusmiddeludfordringer.

En projektdeltager fortalte her om, hvordan rusmidler fyldte i forløbet:

> *"Jeg vil tro, at 50-60 procent af tiden har vi ikke snakket om mit forbrug. Det har faktisk lige så meget været for at tjekke ind med nogen. Og det forpligter jo også. Det var mest i starten, hvor jeg både havde, hvad kan man sige, mentale og fysiske påvirkning af at stoppe. Så på det tidspunkt var det nødvendigt med en strategi, fordi det er jo lige netop det, man skal bruge, for at få momentum i sit*

stop. [...] Jeg synes, at jeg har fin mulighed for at fortælle, hvordan jeg har haft det, og så har vi kunne sparre om de ting, for så at kunne finde nogle løsninger" (Mand, 22 år)

Denne projektdeltager fremhævede også relevansen af TEM i forhold til sin situation. Det var meget givtigt for ham at vende spørgsmålene hver gang ("*tjekke ind*") og følge med i den udvikling, han oplevede over tid. For denne borger var det tilstrækkeligt at arbejde med forbrug, strategier og løsninger i Kompasset, fordi hans psykiske sårbarheder var af en karakter, hvor samtalerne og rusmiddelstoppet, gjorde en stor forskel for, hvordan han havde det psykisk.

En kvinde på 29 år fortalte, at hun havde været i rusmiddelbehandling i 15 år, men massive udfordringer med angst havde gjort det svært at stoppe med rusmidlerne. Under hendes forløb i projektet, startede hun i et gruppetilbud i psykiatrien rettet mod angst og rusmidler, hvor projektmedarbejderen tog med de første to gange:

"*Det gør, at jeg kan få den hjælp, jeg har brug for, i stedet for at skulle ty til stoffer, og så kører det bare i ring. Når man ikke kan få den hjælp, man har brug for, tyr man til de ting, så nu kan jeg ligesom få stoppet det, og få den hjælp*" (Kvinde, 29 år)

Angstgruppen har lært hende, at der er andre, der har det på samme måde, og hun ikke er alene. Hun får nogle redskaber som både er knyttet til rusmidler og tilbagefald samt til at håndtere hendes udfordringer med angst. Kvinden havde brug for støtte til at komme til gruppebehandling og andre møder, så for hende var det afgørende at have en god relation til en, som havde tid og mulighed til at tage med hende, så hun også kunne få behandling rettet mod sin angst.

Psykiatri

De fleste projektdeltagere startede i forløb i Kompasset, fordi de sad fast i livet på den ene eller anden måde. De havde måske tidligere fået stillet en diagnose eller der var en opmærksomhed på, at der eventuelt kunne være psykiske udfordringer på spil.

En projektdeltager fortalte det på denne måde:

"*Jeg vidste sgu ikke rigtigt, hvad der skulle ske, og jeg havde det ikke særlig godt psykisk. Jeg var sådan lidt depressiv. Og så var det egentlig gennem min sagsbehandler. Hun nævnte det, og så tænkte jeg, at det kunne være en mulighed at få snakket*" (Mand, 32 år).

Denne projektdeltager har tidligere fået stillet diagnoser, men har også bevidst fravalgt psykiatrien, fordi han ikke ønskede medikamentel behandling. I stedet ønskede han:

"*En ordentlig løsning ville jo være, at man fik hjælp til at finde et værktøj. For eksempel når folk er deprimerede, så i stedet for bare at give antidepressive, så kunne man hjælpe folk med nogle værktøjer, der kunne give noget livsenergi, hvor man kan se mere positivt på tingene. I stedet for at personen skal være afhængig af medicin de næste tyve år eller resten af sit liv*" (Mand 32 år)

Der var mange forskellige årsager til, at projektdeltagerne havde psykiske eller psykiatriske udfordringer, men flere udtrykte ønske om at arbejde med deres symptomer og få redskaber til at håndtere deres udfordringer enten i stedet for eller sammen med medicin. To fortalte eksempelvis om gode erfaringer med gruppetilbud. Nogle var også blevet afsluttet i behandling i psykiatrien, hvor projektmedarbejderne hjalp dem i gang med medicin eller deltog i samtaler.

For de projektdeltagere, der havde kontakt til psykiatrien, var kontakten en gang om måneden. Det oplevede projektdeltagerne som en udfordring i forholdt til at opbygge en relation til ansatte i psykiatrien:

> "*Jeg har snakket med psykiater. Problemet er, at der er fire til fem uger mellem hvert eneste lille møde. Ofte så går båndet jo fuldstændig tabt fra min side af, og det er det jo også for hende, fordi hun har så mange andre patienter. Der går jo ligesom et stykke tid, før hun kan komme tilbage ind i det. Og så har jeg jo et hav af lag og det er ikke altid, at vi når helt ind*" (Mand, 32 år)

Denne projektdeltager havde god gavn af at mødes to gange ugentligt med en medarbejder fra Kompasset, hvor de fik skabt en relation, som hjalp ham i samarbejdet med psykiatrien. Projektmedarbejderen støttede med at komme til aftalerne. Men en vigtig funktion var også at hjælpe ham med at huske både, hvad de skulle fortælle psykiateren og også, hvad der blev sagt ved psykiateren. Det blev også nogle gange italesat som at projektdeltagerne kunne have brug for at forstå det sprog, der blev anvendt.

Det var en generel udfordring for flere af projektdeltagerne at starte et godt forløb op i psykiatrien, fordi de havde ustabilt fremmøde. Fremmøde som tema vil blive behandlet mere i næste afsnit, fordi det hænger meget sammen med projektdeltagernes hverdagsfunktion.

Hverdagsfunktion og trivsel

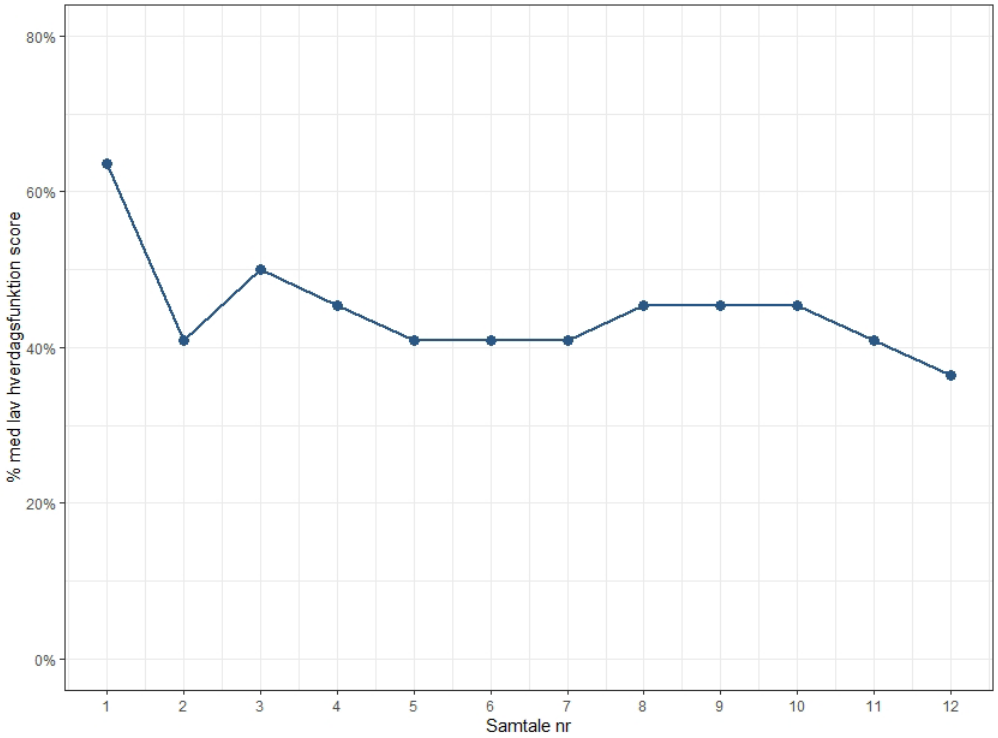
Hverdagsfunktion er defineret som projektdeltagernes evne til at strukturere deres hverdag: hvordan sover de, hvordan har de det med at stå op om morgenen, koncentrere sig, planlægge deres dag, madvaner. Analyserne nedenfor bygger på TEM, hvor projektdeltagerne blev stillet spørgsmålene i forbindelse med deres samtaler. Det følgende er således selvoplevet. Her anvendes også LOCF og værdien ved samtale 12 er et udtryk for, hvordan projektdeltagerne havde det ved deres sidste samtale.

I tabellen nedenfor ses udviklingen i projektdeltagernes hverdagsfunktion. En lav hverdagsfunktion er kendetegnet ved en ustruktureret hverdag, hvor deltagerne ofte har svært ved at koncentrere sig og planlægge deres dag. Blandt projektdeltagerne var der i Fredericia en høj andel med en lav hverdagsfunktion ved opstart, 63,6 %. I tabellen og grafen nedenfor ses også et stort fald til 36,4 % ved sidste samtale, hvilket er et udtryk for, at arbejdet i Kompasset har bidraget til, at projektdeltagerne har fået mere struktur på deres hverdag og dermed fået bedre forudsætninger for eksempelvis fremmøde eller imødekomme nogle af de andre krav, de bliver mødt med i deres hverdag.

Hverdagsfunktion, 12 samtaler

Hverdagsfunktion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Lav	63.6	40.9	50.0	45.5	40.9	40.9	40.9	45.5	45.5	45.5	40.9	36.4
Normalområdet	27.3	54.5	40.9	45.5	54.5	50.0	54.5	50.0	40.9	40.9	50.0	59.1
høj	9.1	4.5	9.1	9.1	4.5	9.1	4.5	4.5	13.6	13.6	9.1	4.5

Tabellen viser således, at bevægelsen sker fra lav hverdagsfunktion til normalområdet. Nedenfor er lav hverdagsfunktion afbildet som graf.



Figur 3.5. Hverdagsfunktion i ugen op til samtale (LOCF).

Hverdagsfunktioner synes således at være central i arbejdet med den gruppe af projektdeltagere, som Kompasset har været i kontakt med. Et særligt centralt tema var søvn. Her gav en projektdeltager os et indblik i, hvordan hans døgnrytme så ud:

> "*Før sov jeg cirka dagligt, nu kan det være, jeg er oppe i, hvis jeg er heldig, så er det bare et enkelt døgn. Men ellers er det halvandet til tre døgn, jeg er oppe ad gangen. Og så sover jeg igennem, når jeg så sover*" (Mand, 33 år)

En døgnrytme som beskrevet her var meget udfordrende i forhold til aftaler, fordi han ganske enkelt sov sig fra aftaler. Det var ikke så udtalt for alle projektdeltagerne, men døgnrytme og søvn spillede ind på fleres fortællinger i forhold til, hvordan det forvirrede deres hverdag. I det følgende uddrag fortalte en anden mandlig deltager om, hvordan de i Kompasset fik skabt lidt struktur på hans hverdag gennem deres møder:

> "*Her i starten har vi en gåtur, så vi kommer udenfor og får noget afveksling i min hverdag. Så ved jeg lige pludseligt, at der er mandag i dag og det er torsdag, og så lærer vi lige hinanden at kende på den måde. Vi ser hinanden an og tager den derfra*" (Mand, 32 år)

Forløbet var ikke defineret fra starten, hvilket gav mulighed for at tilpasse til den enkelte. Her fortalte vedkommende, at måden de mødtes på, havde en direkte betydning for at blive bevidst om ugedagene og ugens gang samtidig med, at de opbyggede en relation.

En kvinde fortalte også, at hun havde brug for mere støtte end rusmiddelcenteret kunne tilbyde. Hendes mål var, at den ekstra støtte skulle skabe så meget struktur og stabilitet, så hun i fremtiden, ville være i stand til selv at opretholde sin hverdag:

> "*At jeg på et tidspunkt vil være bedre til at stå på egne ben, og lære nogle ting og også at få snakket om det, og få noget mere selvindsigt, og den her hjælp gør rigtig meget for, at jeg på et tidspunkt kan selv. Det er det, vi arbejder hen imod i hvert fald. Altså jeg håber, at jeg kan komme i gang med en uddannelse og så håber jeg også, at jeg bare kan helt konkrete ting, som jeg har svært ved nu, med min angst, som menneskelig kontakt, lave aftaler, holde aftaler, altså komme, komme ud ad min dør. Helt basale ting faktisk, som jeg har svært ved nu, som [projektmedarbejderen] har været rigtig god til at hjælpe mig med*" (Kvinde, 29 år)

Generelt fortalte deltagerne, at de oplevede en meget åben start i Kompasset, hvor de lærte hinanden at kende, som var startskuddet til et forløb, der fulgte projektdeltagernes plan:

> "*Der er jo nok bare lidt mere hensyn til mig, frem for hvis jeg var på et af de andre kurser, jeg kunne komme på [via jobcenter]. Her kan jeg gøre det i mit eget tempo. Det andet er mere striks, og de har en anden plan. Så her kan man gøre det i sit eget tempo. Det er min plan, men det er jo stadigvæk deres redskaber, som man bruger*" (Mand, 34 år)

Her var en oplevelse af, at det ikke var medarbejdernes plan, men hans plan, der blev arbejdet frem efter. Desuden bragte han tempo på banen, som en væsentlig faktor for ham. En anden mandlig deltager fortalte ligeledes, at han havde tendens til at trække sig, når han ikke havde det så godt:

> "*Ja det kan man sige. Det er en god indgangsvinkel det der med, at det er hvad den enkelte har brug for, og at det ikke bare kører som et samlebånd efter et skema, du ved. Altså, det er lidt en kamp for mig, fordi jeg har en tendens til at trække mig, når jeg har det sådan her*" (Mand, 32 år)

Det synes derfor væsentligt at ramme denne målgruppes tempo og ikke ville for meget for hurtigt på deres vegne.

> "*Jeg har jo fundet ud af, at jeg jo nok helst skal kunne hjælpe mig selv, altså det er jo det, det er jo nok et af mine ønsker*" (Mand, 23 år)

Vedkommende havde ikke indkomst, e-boks eller e-mail ved projektets start. Han fik hjælp til at blive startet op i forskellige instanser, og den svære kunst at navigere i systemet. En simpel ting som åbningstider udfordrede ham, fordi han ofte levede sit vågne liv mellem 18 om aftenen og 8 om morgenen. Han fortalte også, at han havde stor brug for at kunne ringe til en, når det brændte på i den første tid i projektet og eksempelvis havde stoftrang eller akut brug for hjælp, men at dette som oftest var om aftenen og efter lukketid eller i det hele taget på tidspunkter uden for aftale møder.

> "*Ja. Fordi det er jo når lokummet brænder, at man har brug for hjælpen. Det er jo ikke kl. halv 11 på torsdag, hvor man egentlig har en aftale med dem*" (Mand 23 år)

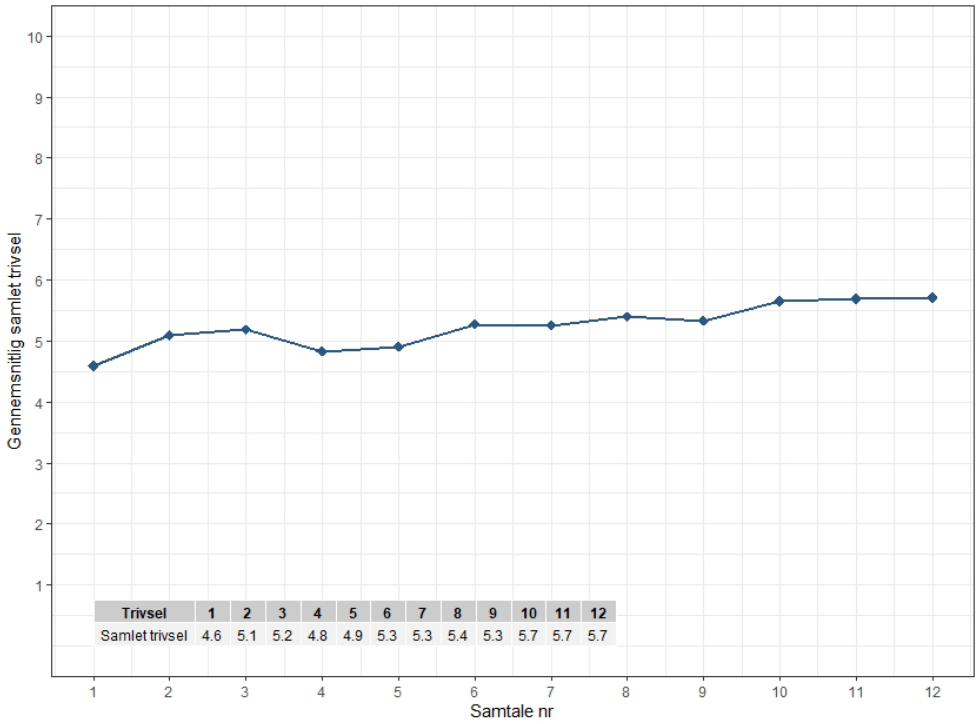
Løsningen er ikke nødvendigvis at ændre åbningstiden, men dette peger på, at det er vigtigt at have en forståelse for målgruppens døgnrytme og hverdagsfunktioner for at forstå, hvorfor noget så simpelt som fremmøde, faktisk er en meget svær opgave for denne målgruppe. Manglende fremmøde skal ikke blot ses som et udtryk for ulyst og manglende motivation; det kan være et udtryk for, at vedkommende har brug for en særlig støtte for at få mere struktur på deres hverdagsliv.

De drømte alle om at få en hverdag, hvor de kunne det, der var forventet af dem, få en uddannelse eller et arbejde:

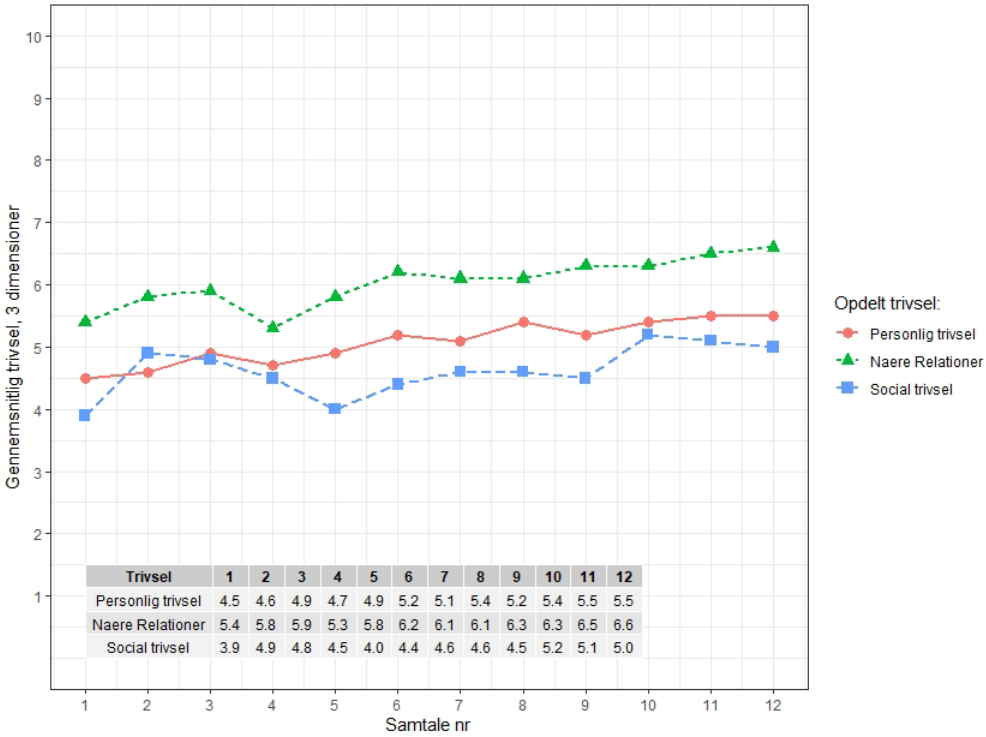
> "*Man er lidt sin egen lykkes smed i Kompasset, vil jeg også mene. Men hjælpen er til rådighed, og der er en slags guidning, hvis man ønsker det. Så hvis man rækker hånden ud, så er de der. Men jeg vil sige, at det som har været mest bemærkelsesværdigt for mig selv, der er at jeg er begyndt at have en sundere livsstil. Det giver mig et klarsyn omkring, hvornår jeg har det godt og hvornår jeg ikke har det godt. Det er bare fedt at se på statistikken [TEM], for det er med til at overbevise mig. Så bliver jeg bare bekræftet i, at det er det rigtige for mig*" (Mand, 30 år)

Arbejdet med TEM blev oplevet som meningsfuldt for denne målgruppe. Det at kunne følge med i, hvordan deres forbrug, trivsel og hverdagsfunktioner udviklede sig løbende. Projektdeltageren ovenfor så udviklingen som en bekræftelse og et tegn på, at det var meningsfyldt for ham at arbejde på den måde, som de gjorde i Kompasset, en anden brugte TEM som tjek ind og redskabet kom dermed til at understøtte både samtaler og projektdeltagernes arbejde med sig selv. I det følgende skal vi se, hvordan trivslen udviklede sig over tid.

Grafen nedenfor viser samlet trivsel og er et udtryk for, hvordan projektdeltagernes trivsel udviklede sig fra første til sidste samtale. Normalværdien for danskernes trivsel er mellem 7 og 8, når vi undersøger på nationalt niveau. Trivsel på under 5 viser tydelige tegn på depression og ensomhed.
Grafen viser, at projektdeltagerne havde en trivsel på 4,6 ved opstart, hvilket er en meget lav trivsel.



Figur 3.6. Samlet trivsel for projektdeltagerne



Figur 3.7. Trivsel fordelt på tre områder.

Der ses en lille stigning i trivsel på alle tre parametre fra første til sidste samtale. Dog er den samlede trivsel stadig lav ved sidste samtale (under 6) og bør være et særligt opmærksomhedspunkt i forhold til denne målgruppe, som Kompasset har haft kontakt med.

Samarbejde
Der var ikke som sådan grænser for, hvad Kompasset kunne hjælpe projektdeltagerne med, så længe det var indenfor den enkeltes ønsker. I det følgende er eksempler på instanser, der kunne rækkes ud efter:

> "*Hun kan for eksempel hjælpe mig til læge, til psykiatrien, til at komme i gang der. Hun har taget med mig i en behandlingsgruppe, fordi jeg har noget angst eller hvis jeg har brug for at snakke om noget, så er hun der.*" (Kvinde, 29 år)

Nogle projektdeltagere udtrykte ikke behov for eller ønske om hjælp til samarbejde med andre tilbud. Andre havde stort behov for støtte til samarbejde med andre tilbud, eksempelvis som vi så i afsnittet psykiatri, hvor der både var behov for hjælp til fremmøde og hjælp til at gøre kontakten med psykiatrien mere kontinuerlig og meningsfuld.

I det følgende er et eksempel, hvor en projektdeltager fortalte, at projektmedarbejderen hjalp sagsbehandleren med at ramme rigtigt med et tilbud, som også harmonerede med projektdeltagerens tempo og behov:

> "*Da vi havde mødet sammen på jobcenteret, bakkede hun mig også rigtig godt op, og også da jeg sagde noget om bijob til sagsbehandleren. For hun vender nogle gange hurtigt på en tallerken, hvor det kan være sådan noget med: "dejligt det går bedre og det er dejligt at høre. Men nu skal vi så også ..." og så kan hun bare vende sådan. Altså rolig nu, ikke. Der skulle hun lige slappe lidt af. Så vi får en ordentlig start, til lige at komme i gang igen*" (Mand, 32 år)

Det var altså væsentligt at lade projektdeltagerne tage styringen, også selvom det kunne betyde, at tingene gik langsommere end ønsket set med systemets øjne. Et passende tempo, en god relation og støtte til hverdagsfunktioner er væsentligt for denne målgruppe for at nå derhen, hvor deres hverdagsfunktion og trivsel bedres.

3.5.3/ Medarbejdernes perspektiv
Her fokuseres alene på kvalitativt materiale fra interviews med projektmedarbejderne. I det følgende forholder vi os igen til rusmidler, psykiatri hverdagsfunktion og trivsel samt samarbejde set fra medarbejdernes perspektiv.

Rusmidler
I forhold til målgruppen sigtede projektet mod at rekruttere projektdeltagere, som havde et forbrug af rusmidler, men som ikke allerede var tilknyttet rusmiddelbehandling. Indsatsen skulle være forebyggende og arbejde med de bagvedliggende årsager til forbruget for at forhindre, at det ikke eskalerede:

> "*vi ved også godt, at der som regel er en grund til, at der bliver røget lidt hash, taget lidt til næsen, eller et eller andet. Så er det jo vores fornemmeste opgave*

at finde ud af, om der er noget bagvedliggende, som vi kan arbejde med, så forbruget ikke eskalerer, og den psykiske status ikke bliver dårligere."

Det lykkedes kun i mindre grad at rekruttere projektdeltagere, som var en del af denne målgruppe. Der kom enkelte med, som ikke havde et forbrug, og også nogle, som havde haft et massivt forbrug, der eksempelvis lå et halvt år tilbage i tid. Dette gav anledning til diskussioner omkring målgruppe, og om projektet havde fat i den rigtige målgruppe, hvilket var både i forhold til samarbejdspartnere og i projektgruppen.

Den ønskede målgruppe med forebyggelse som sigte var svær at rekruttere i projektet i Fredericia. Kernen af projektdeltagerne havde mere komplekse problemstillinger og var svære at hjælpe i det eksisterende system:

"*Så den gruppe vi har mest fat i, er dem over tredive og har cyklet rundt i systemet, og som faktisk har et massivt misbrug. Nogle af dem er kommet ud af deres misbrug, men de mistrives og vil ikke ned i misbrugscentret. Altså de vil ikke tilknyttes den del, men måske vil de gerne tilknyttes os. Vi ser også, at sagsbehandlerne henviser til os, fordi [projektdeltagerne] mangler bolig. Altså der hvor de tænker, at her er noget, vi kan hjælpe med*"

Psykiatri
Det samme gælder psykiatri. Her var tilgangen i Kompasset at forebygge og gerne undgå udredning og kontakt til det psykiatriske system i de tilfælde, hvor det ikke krævede egentlig psykiatrisk behandling:

"*yes, det er jo det, vi skal, vi skal jo forebygge', vi skal have bremset den tilstrømning [til psykiatrien]*"

"*vores håb er jo også, at vi måske kunne fange nogle, som har noget begyndende sygdom, altså det er jo det, der er min ekspertise, jeg kan ligesom kigge bagved, og jeg kan se og fornemme om der er noget andet på spil, end bare lidt angst eller noget andet. Men det kræver jo stadigvæk, at relationen er der. Hvor de er så trygge, at de også begynder at fortælle, hvad det er, der ligger bagved*"

Det kræver både tid til at opbygge en relation samt faglighed til at afgøre, om der er behov for udredning eller om der er tale om udfordringer og mistrivsel, der kan håndteres uden om det psykiatriske system.

I projektperioden stødt medarbejderne på mange forskellige påståede diagnoser både fra projektdeltagere og samarbejdspartnere, hvorfor de gjorde det til en vane at spørge ind til eventuelle diagnoser: Hvornår er den stillet, og hvem har stillet den? Projektet peger derfor på, at der ikke altid er stillet en diagnose og heller ikke altid er behov for udredning eller behandling i psykiatrisk regi.

"*Nej, men man går jo fra at meldingen fra en anden instans hedder, at han har angst og depression, og at han skal i psykiatrisk behandling. Og det er egentligt det, jeg gerne vil frem til. Hvor det så viser sig, at han ikke har angst, jo han havde*

selvfølgelig noget angst, men de depressionslignende symptomer, de er skabt på baggrund af et forbrug af rusmidler. Det er ikke skabt på grund af, at han har en egentlig depression. Så at få arbejdet på den måde, der tænkte jeg bare yes. Og det var jo det, vi var her for. Det var for at mindske tilgangen og gøre noget andet. Ja, han var decideret målgruppen."

Der var således tale om et forebyggende forløb, hvor en ung mand fik arbejdet med sine udfordringer og blev hjulpet. Han kom i arbejde, hans trivsel blev markant bedre, og han undgik kontakt med det psykiatriske system.

Hverdagsfunktioner og trivsel

Det er kendetegnende for de fleste af projektdeltagerne, at de har brug for støtte til at opbygge en hverdagsstruktur og det blev vigtigt at arbejde meget med relation, mødestruktur, akutte behov og hverdagsfunktioner, som eksempelvis søvn, fordi disse elementer forstyrrede deltagerne så meget, at de enkelte ikke kunne klare deres hverdag.

For en del af projektdeltagerne var deres livsvilkår ustabile, og de havde eksempelvis behov for hjælp til at få bolig, forsørgelsesgrundlag, få oprettet e-mail og e-boks, og i det hele taget få hjælp til at navigere blandt kommunens tilbud. De akutte behov for hjælp til eksempelvis bolig var ikke kun noget, der var behov for ved opstart i forløb, men også forhold, som de stødte på undervejs i projektperioden; også med projektdeltagere, som de troede var stabile.

"*Det er lidt tankevækkende. Tænk man har tre gutter, som faktisk har klaret sig uden noget forsørgelsesgrundlag i længere tid. Og det der kendetegner dem er, at de simpelthen ikke har kunne finde ud af systemet, hvilket vi godt kan forstå, fordi det er altså død bøvlet. De ved ikke, hvor de skal gå hen*"

Derudover var et kendetegn, at de var meget ustabile i deres fremmøde, hvorfor de havde mange oplevelser med at være blevet afsluttet, før de havde fået hjælp i andre tilbud:

"*De er ekstremt ustabile i deres mødestruktur, det er også det, der er gældende for den gruppe*"

Projektdeltagerne havde mange erfaringer med at være blevet afsluttet andre steder i systemet, før de var blevet hjulpet, hvilket havde resulteret i skuffelse over systemet:

"*Ja, og han har også misset en aftale med én omkring en test ved en psykolog og så er der ikke sket mere. Og så synes han, ligesom ved jobcenteret, at der ikke sker noget. Nu har han været parkeret i et halvandet år og der sker ikke noget. Det man jo godt sige, han er skuffet over*"

Skuffelsen over systemet kombineret med den enkeltes udfordringer gjorde det essentielt at bruge lang tid på at skabe en relation til den enkelte som forudsætning for at kunne arbejde med andre temaer:

"*Det tager mega lang tid [at opbygge en relation]. Nogle af dem er jo skadet i en eller anden grad, så det der med at opretholde de her relationer og faktisk fastholde dem, det er jo det, vi i hvert fald oplever her. At vi arbejder rigtig, rigtig*

meget på at få kontakter og holde kontakten, fordi de ofte udebliver. Eller hvis man er heldig, så kommer der et afbud, fordi de er syge eller skal ned at handle. Og så skal vi igen bruge en del tid på at få kontakt til dem igen: "Okay, ej hvor trels. Jeg er ked af, at du er syg, hvornår tænker du så, vi skal ses? Jeg kan på torsdag?", altså hele tiden være opsøgende."

Udover relation og det opsøgende arbejde, arbejdede de meget med trivselsproblemer og hverdagsfunktioner forstået som de elementer, der skal til for at opbygge en hverdag, for eksempel planlægning og søvn:

"*Altså det kan jo være nogle ganske almindelige trivselsproblemer. Så det kan være det her med at få styr på det. Jeg synes også, at vi bruger rigtig meget tid på at snakke om søvn, altså hvad kan man gøre. Almindelig struktur fylder også meget. Jeg vil så sige, at det er enormt forskelligt, hvilken kapacitet vores borgere har. Jeg synes, der er langt imellem, vi har nogen, der plejer at være strukturerede. Mange af dem lever også et kaotisk liv*"

I den proces var en vigtig komponent at gøre projektdeltageren til den, der bestemte, hvad der var vigtigt for vedkommende at arbejde med:

"*Jamen jeg tror, det med, at borgeren er direktøren i det her, og det er deres ønsker og drømme, vi skal arbejde ud fra, for jeg kan da godt sidde med en erfaring og tænke, at vi skal mindske deres stofbrug, men hvis det ikke er det, de vil arbejde med, så er det jo lige meget. Altså så er det fuldstændig deres forudsætning for, hvad det her skal gå ud på, ikke? Og det har da i hvert fald gjort, at jeg kunne tale meget mere åbent med den borger, jeg har haft kontakt med, fordi at jeg ikke bliver sur. Og i bund og grund, er jeg lidt ligeglad med, om han fremmøder pisse skæv – og det har faktisk gjort, at han selv har mindsket sit forbrug, fordi han får hjælp til alt det ydre støj*"

Et andet eksempel viser også, at man som professionel skulle gemme sine ambitioner væk for ikke at skubbe projektdeltageren væk. Ved i stedet at støtte den enkelte til at få mere styr på deres, fik de adgang til senere at kunne introducere egentlige behandlingsredskaber:

"*Jeg har haft ambitioner og har da også planlagt at næste gang, så skal vi arbejde med det og det og det, men det bliver bare ikke til noget, fordi hun lige pludselig siger, at hun har mistet sin bolig, eller så har hun mistet sine penge eller også sidder hun i spjældet. Eller også gør hun noget andet eller noget tredje. Altså, der er altid noget, der kommer i vejen. Men her for et par gange siden begyndte vi at kunne arbejde med hvorhenne hun var i forandringscirklen, i forhold til at kigge på sit forbrug. Men stadigvæk kunne man da have fået store ambitioner på hendes vegne, men det er bare så små skridt, for ellers støder jeg hende fra mig. Jeg bliver hele tiden nødt til at tænke, hvor er hun henne i dag for at fastholde hende, så hun ikke ryger ud af vores kontakt.*"

Støtten til projektdeltagerne har været meget individuelt og for de fleste projektdeltageres vedkommende meget håndholdt.

I arbejdet med denne målgruppe viste det sig, at der var behov for at se bagved deres ustabile mødestruktur, få en forståelse for, hvorfor vedkommende ikke møder stabilt, bruge tid på at opbygge en relation, der gør en i stand til først at arbejde med dels de akutte udfordringer og dernæst hverdagsfunktioner, som eksempelvis mødestruktur, søvn og madvaner. Det vigtigste sigte var at gøre borgeren til beslutningstageren også selvom det kunne betyde, at man som fagperson måtte lægge nogle ambitioner på hylden i en periode. Når deltagerne var klar til det, kunne medarbejderne begynde at introducere redskaber som eksempelvis forandringscirkel og begynde at arbejde med forbrug og tanker. Dette krævede en høj grad af tid, fleksibilitet og opsøgende arbejde.

Samarbejde
Læringen fra projektperioden var, at det krævede et stort kendskab til kommunens organisering samt et netværk i kommune og psykiatri for at få succes med en indsats som Kompasset. Projektet blev ikke forankret i hverken kommune eller psykiatri, hvilket udfordrede såvel rekruttering, når de skulle hjælpe projektdeltagerne med at navigere i systemet samt samarbejde på tværs. Projektet blev en parallelindsats, og det blev tydeligt, at det er vigtigt at få projekter forankret fra starten i organisationer, som er klar til at bakke op om projekterne.

Projektmedarbejderne fortæller:

> "*Det er ikke nemt at sætte et projekt i gang. Hvis kommunen er de nærmeste samarbejdspartner med alt, hvad det indebærer, kræver det også, at de er blevet informeret om, at nu skal der startes det her projekt op, og det ser vi, som en hensigtsmæssig måde at prøve nogle ting af. Om vi kan gøre noget anderledes, om vi kan hjælpe nogle borgere, som har brug for noget ekstra støtte, eller hvad det nu kan være. Og det skal man i hvert fald have italesat over for sine medarbejdere og få gjort opmærksom på. At nu kommer det her projekt, og det skal I være med til at byde ind på*"

De fleste samarbejdspartnere havde ikke kendskab til projektet, hvilket prægede hele projektperioden. Og når projektmedarbejderne fik kontakt, blev de ofte mødt med, at samarbejdspartnerne havde et tilbud til målgruppen eller at de ikke så et stofbrug:

> "*Viljen og lysten til, at vi er på banen og også tilbyder noget, den er ikke ret stor. Altså de forskellige rundt omkring synes faktisk og hvilket de selvfølgelig også gør, de gør jo et godt stykke arbejde, det er slet ikke det, men de mener simpelthen, at de gør det, som vi også kommer og tilbyder*"

Samarbejdspartnere havde svært ved at identificere målgruppen, hvor krav om *psykisk sårbarhed*, *forbrug* samt *forebyggelse* gjorde det svært at spotte relevante projektdeltagere. Der hvor samarbejdet fungerede bedst var i forhold til jobcenteret, som både visiterede projektdeltagere og afholdte samarbejdsmøder:

> "D*em vi har størst samarbejde med, er jobcenteret. Og det har vi, fordi det også er jobcenteret, der sender rigtig mange af vores borgere til os. På det første møde med jobcenteret spørger vi altid borgerne, hvordan vi skal følge op på det her. Og der giver borgeren faktisk ofte tilladelse til, at vi kan følge op, og så mødes vi cirka hver femte-sjette uge med dem*"

En udfordring i forhold til jobcenteret var, at de som følge af lovgivning, havde en bestemt tilgang til projektdeltagerne. Her var erfaringen, at medarbejderne fra Kompasset kunne bruge deres relation og kendskab til borgerne til at hjælpe med at lave nogle mindre og mere realistiske planer, så projektdeltagerne kunne komme i gang med eksempelvis praktik:

> "*Jobcenteret er også bundet af en lovgivning. Det er også dem, der har med deres penge at gøre, så borgerne er jo også enormt bange for at miste deres indtægt. Så der er også noget kontrol der, men jeg oplever, at borgerne er enormt glade for at have os med til de samtaler. Fordi det hjælper dem, og vi har gode eksempler på, at jobcenteret pludseligt kommer til vores borgere og siger, at nu skulle de have tre jobønsker, for sådan var det besluttet. Og nu skal de i praktik, selvom de ikke har været i praktik i flere år. Så de har en forventning om, at de næsten skal arbejde fuld tid. Men det at have os med, så kan vi hjælpe med at sige, at vi måske bliver nødt til at lave en anden plan, så det lykkes. Og vi har da nogen gode eksempler på, hvor vi har hjulpet borgeren med at få formuleret noget*"

I samarbejdet med jobcentret blev det tydeligt for medarbejderne i Kompasset, at projektdeltagerne forsøgte at fremstå bedre fungerende end de var, fordi jobcenteret er dem, der skal udbetale deres indkomst. De forskellige samarbejdspartnere er underlagt forskellige krav og lovgivninger, som også spiller ind på mødet med den enkelte borger. Derfor kan de forskellige fagligheder være med til at se noget forskelligt i projektdeltagerne, særligt når der er tale om store udfordringer for den enkelte. Det er en kunst at få dem til at spille sammen, men når det lykkes, kan faglighederne spille hinanden bedre, som vist i eksemplet ovenfor. Denne projektdeltager startede i praktik og trappede langsomt op og begyndte at drømme om at komme ud af kontakthjælpssystemet.

3.6/ Perspektiver

- Det er vigtigt at have målgruppen afklaret fra start og sikre, at der er et rekrutteringsgrundlag. Projektet havde svært ved at rekruttere den oprindelige målgruppe. I stedet fik Kompasset øje på en mere belastet målgruppe, som var svære at hjælpe i det etablerede system.

- Her var særligt relation (åbent forløb), det opsøgende element og hverdagsfunktioner afgørende komponenter for at motivere og fastholde denne gruppe i forløb.

- Sikre ledelsesmæssig opbakning og organisatorisk forankring. Indsatser, særligt projekter, har en stor risiko for at blive parallelle indsatser, som får svært ved at rekruttere borgere og etablere samarbejder på tværs af eksisterende tilbud. Det er derfor vigtigt, at ledelsen informerer om projekter og sikre opbakning hertil.

- Det kan være hensigtsmæssigt at udarbejde samarbejdsaftaler med de relevante samarbejdspartnere, hvor der indgår målgruppeafklaring og forventningsafstemning til det konkrete samarbejde inden projektet går i gang.

4.0 Esbjerg

4.1/ Formål

Pilotprojektet skal understøtte, at der arbejdes ud fra patientens ønsker og behov både under indlæggelse, i lokalpsykiatri og i den kommunale rusmiddelbehandling. Det skal være muligt at fortsætte misbrugsbehandlingen under en indlæggelse, ligesom der skal tages højde for den psykiske lidelse i den kommunale rusmiddelbehandling. Der er fokus på koordinering, sparring og brobygning med respekt for hinandens kompetencer på tværs af region og kommune (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

4.2/ Målgruppe

Målgruppen er borgere med et forbrug af rusmidler, som også er indlagt på Psykiatrisk afdeling i Esbjerg, har været indlagt eller er i risiko for at blive indlagt. Det er ikke muligt at sætte et konkret antal på målgruppen på nuværende tidspunkt. Pilotperioden vil bidrage til at afdække målgruppens omfang (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

Deltagerne blev primært rekrutteret via rusmiddelbehandling, hvor projektdeltagere og medarbejdere havde et ønske om, at der kunne være psykiatriske problemstillinger, som skulle udredes eller behandles.

4.3/ Organisering af indsatsen

I Esbjerg blev et samarbejde etableret mellem Psykiatrisk afdeling i Esbjerg og Center for Misbrug med henblik på at udvikle en Esbjerg-model. Esbjerg-modellen skulle tage afsæt i, hvad der oplevedes som meningsfuldt for patienter og medarbejdere. Projektet blev indledt med en temadag, hvor patienter, pårørende og medarbejdere fortalte om deres oplevelser med systemerne. To centrale diskussioner på temadagen var, 1) at systemerne havde to forskellige logikker, som var svære at forstå for patienterne og, 2) at borgere ikke oplevede, at de fik behandling, når de ikke passede ned i den ene af de to kasser (Læge, Psykiatri).

Formålet med Esbjerg-modellen blev derfor, at medarbejdere på tværs af systemerne skulle gøre så meget som muligt for den enkelte borger indenfor det det enkelte systems rammer. Der blev dannet en koordinationsgruppe bestående af; overlæge med speciale i psykiatri samt en specialsygeplejerske fra akutmodtagelsen, en læge fra Center for Misbrug, en myndighedsrådgiver, en tilbudsleder og en sygeplejerske. De skulle mødes en gang om ugen for at diskutere, hvad de sammen kunne gøre for denne målgruppe.

Kommune og psykiatri gik altså sammen om at danne et samarbejde, hvor begge systemer var involveret og interesserede i at få modellen til at fungere. Medlemmerne i gruppen var udpeget af ledelsen. Hvis et medlem ikke længere kunne deltage, skulle der findes en ny.

Esbjergmodellen 1.0	Samarbejdsunderstøttende elementer
Koordinationsgruppen afholder ugentlige møder: "Der skal være kort fra tanke til handling"	Etablere et netværk på tværs af sektorerne Besøg på tværs: • Fase 1: rusmiddelcenter åbner dørene for psykiatri, koordinationsgruppen • Fase 2 og 3: psykiatrien åbner dørene for Center for Misbrug. Konsulentrådgivning til personalet i psykiatrien

Centerleder, myndighedschef samt overlæge fra psykiatrisk afdeling i Esbjerg havde formuleret den overordnede ramme, dernæst var det op til faglighederne at definere indholdet i samarbejdet:

> "*Tage udgangspunkt i der, hvor borgeren er. Og ellers må de som fagfolk prøve at finde ud af, hvad der giver mening. Det eneste, de ikke kan, er at lade være. Vi skal jo ikke gøre os kloge på, hvad der er de fag-faglige ting for et job, for en myndighed, og et misbrugscenter, og så videre, de skal finde formen sammen*" (Læge, Psykiatri)

Gruppen skulle eksistere uanset om der er projektmidler, så gruppen kom i drift fra første dag og fortsatte også efter projektets ophør.

> "*For os er det ikke et projekt, det er en ny samarbejdsform*" (Overlæge psykiatrisk afdeling Esbjerg, interview midtvejs i projektperioden)

Gruppen anså ikke sig selv som værende et projekt, men derimod begyndelsen på en ny samarbejdsform. En evaluering af deres aktiviteter som et projekt virkede derfor også i nogen grad fremmed for dem, hvorfor evalueringsdesignet blev tilpasset.

Gruppen mødtes en gang om ugen i to timer og havde fast dagsorden med emnerne: Den gode fortælling (om indsatser, der lykkedes for borgerne), orientering fra psykiatrien, orientering fra Misbrugscentret, faglige inputs og en tabel til de borgere, der blev drøftet på mødet. Idet gruppemedlemmerne ikke nødvendigvis havde den direkte kontakt til de enkelte borgere, var det heller ikke altid dem, der fulgte op på borgerne. Det var derfor uklart, hvordan opfølgning på borgerniveau egentligt skete, men hensigten var, at der til møderne blev lavet aftaler og opgaver, og ansvar blev fordelt.

I sidste del af projektperioden begyndte gruppen at invitere borgere med til møderne for at de selv kunne dele deres fortælling og få de forskellige fagligheder i spil. Borgerne deltog én gang i starten af deres forløb.

Center for Rusmiddelforskning justerede den oprindelige evalueringsmetode (se afsnit 2.1), fordi det ikke var gruppemedlemmerne, der nødvendigvis havde den direkte kontakt med borgerne. Derfor anvendte de ikke TEM og logbog i forbindelse med deres kontakt, og vi har ikke indblik i aktiviteter på borgerniveau. I stedet fik vi indblik i møderne, hvor medarbejderne delte referater fra deres ugentlige møder. Dette blev senere drøftet, dagordnen justeret, men i det store hele ønskede gruppen at fortsætte med dette format også efter projektperiodens udløb.

Center for Rusmiddelforskning forsøgte at få kontakt til alle projektdeltagere, som formelt set var en del af projektet (14 deltagere). Desuden blev de forsøgt kontaktet telefonisk en gang om måneden, og i tabel 4.1. i næste afsnit ses, hvor mange interviews, der blev foretaget. Målgruppen som helhed var svær at få kontakt med.

I det følgende gives først et overblik over datagrundlaget for de efterfølgende analyser (4.4). Dernæst følger et afsnit om de samarbejdspartnere, som gruppen beskriver som centrale for deres arbejde (4.5.). I afsnit 4.6. fremlægges resultaterne først for BaggrundsMap (sociodemografiske karakteristika) og dernæst brug af rusmidler, hverdagsfunktion og trivsel samt samarbejde ud fra borgernes eget perspektiv. Gennemgangen af borgernes perspektiv baseres såvel på kvantitative data (TEM), som på kvalitative interviews med borgerne. Analysen af Esbjerg-modellen afsluttes med et afsnit om medarbejdernes perspektiv, og hvilke perspektiver, arbejdet i Esbjerg har fået øje på, som er relevant for den videre udvikling af tværsektorielle indsatser på dobbeltdiagnoseområdet.

4.4/ Datagrundlag

Nedenfor er vist, hvilke data, analyserne på borgerniveau er baseret på, og hvor mange og hvem, der bidrog med data.

Tabel 4.1. Basisoplysninger for Esbjerg

BaggrundsMap[1]	14 borgere
Mødereferater (koordineringsgruppen)	24
Interviews med borgere	I alt 16 7 er interviewet første gang 4 er interviewet to gange 4 er interviewet tre gange 1 er interviewet en gang
Interview med medarbejdere	2
Interview med repræsentant for projektgruppe	1
Netværksanalyse	1

1. Registrering af basisoplysninger om personen, herunder bl.a. boligforhold, indtægtsgrundlag, evt. psykiatrisk diagnose.

BaggrundsMap er en række spørgsmål, som blev stillet af en behandler, når en borger gav samtykke til at deltage i projektet. Her registreres oplysninger om køn, alder, boligforhold, indtægtsgrundlag og evt. psykiatrisk diagnose. Derudover registreres borgerens trivsel, hverdagsfunktion og brugen af rusmidler den seneste uge. Disse "sidste uge registreringer" går under navnet TEM (Trivsel- og Effekt-Monitorering). TEM blev gennemført af evaluator, og i løbet af

projektperioden begyndte behandlerne at stille første TEM i forbindelse med opstart og BaggrundsMap, fordi det var svært at få kontakt til projektdeltagerne. Svarene udgør datagrundlaget for analyserne af forandring over tid.

I tabel 4.2. er vist, hvor mange borgere, der svarede på TEM. Der indgår 12 i analyserne, det vil sige, at 2 af projektdeltagerne ikke har svaret på spørgsmålene, formentligt på grund af frafald. Af de øvrige modtog 12 borger mindst 1 TEM, 6 borgere mindst 2 TEM, 3 borgere mindst 4 TEM osv. Antal TEM er ikke forbundet med deres samtaler og derfor ikke et udtryk for, hvor mange samtaler, de modtog i projektet.

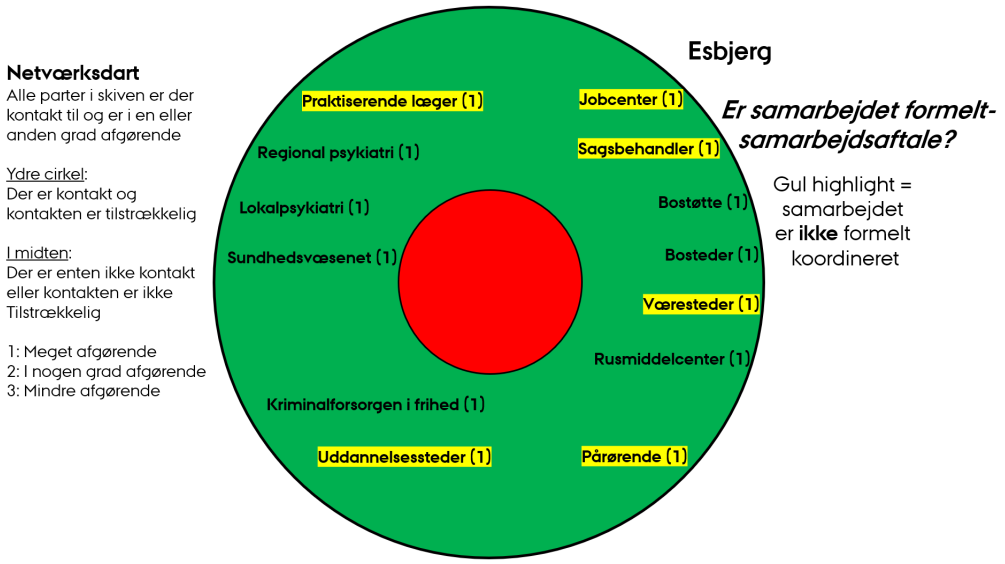
Tabel 4.2. Hvor mange borgere fik hvor mange TEM.

TEM	1	2	3	4	5	6
Antal deltagere	12	6	4	3	1	1

4.5. Det tværsektorielle samarbejde

Der kan være flere potentielle samarbejdspartnere, når der arbejdes med denne målgruppe. I dette afsnit udfoldes, hvilke samarbejdspartnere, der er relevante for arbejdet med denne målgruppe defineret af medarbejderne i projektet. Desuden beskrives, hvordan samarbejdet oplevedes. Det billede, der tegnede sig skal læses som et øjebliksbillede, idet samarbejdet og nettet af aktører kan ændre sig, for eksempel hvis samarbejdet bliver bedre eller behovet for nogle borgere fordrer at etablere samarbejde med endnu en aktør. Medarbejdernes besvarelse til netværksanalysen er sammenfattet i figur 4.1. nedenfor.

I nedenstående diagram listes relevante samarbejdspartnere i forhold til det samarbejde, der eksisterer omkring målgruppen, defineret af en af projektmedarbejderne i Esbjerg. Tallet i parentesen angiver, hvor afgørende samarbejdet er for arbejdet med målgruppen (1=meget afgørende, 2= i nogen grad afgørende, 3=mindre afgørende). Samarbejdspartnerne i den grønne cirkel viser, at der var kontakt, og at kontakten blev anset for at være tilstrækkelig. Gul highlight = samarbejdet var ikke formelt koordineret.



Figur 4.1. Netværksdiagram for Esbjerg.

Samarbejdspartnerne i den røde cirkel viser de aktører, hvor kontakten ikke var tilstrækkelig. Det kræver en særlig opmærksomhed, når samarbejdspartnere med prioritet 1 eller 2 listes i den røde cirkel. I dette eksempel fra Esbjerg var der ingen aktører i den røde cirkel, hvilket er meget unikt. Samtidig blev alle samarbejdspartnere anset for at være meget afgørende.

De gule highlights viser, at der ikke var formelt samarbejde med flere af de relevante samarbejdspartnere, men til trods for det, var samarbejdet stadig tilstrækkeligt set fra medarbejdernes perspektiv.

Dette er ét eksempel på en besvarelse fra Esbjerg, men det gik igen på tværs af besvarelserne, at projektmedarbejderne havde oplevelsen af, at kontakten til de relevante samarbejdspartnere i høj grad var til stede og tilstrækkelig på tværs af sektorer. De forskellige erfaringer med at opbygge samarbejdet og arbejdet i koordinationsgruppen bliver uddybet nedenfor i afsnittet samarbejde under medarbejdernes perspektiv (4.5.3).

4.6. Resultater

4.6.1. Sociodemografiske karakteristika

I tabel 4.3. vises projektdeltagernes sociodemografiske baggrundsdata baseret på BaggrundsMap, og altså data indsamlet om projektdeltagerne ved opstart i projektet.

Tabel 4.3. Sociodemografiske baggrundsdata

Projektdeltagere	14
Gennemsnitsalder	28,8 år
Kvinder	21,4 %
Mænd	78,6 %
Diagnose	78,6 % (n=11)
Boede stabilt eller delvist stabilt	85,7 %
Kontanthjælp/uddannelseshjælp	64,3 %

I tabel 4.3. ses det, at der var en høj andel, der allerede havde fået stillet en psykiatrisk diagnose ved opstart (11 ud af 14), men som følge af deres dobbeltdiagnoseproblematik eller mistanke herom, oplevede et behov for mere hjælp og derfor kom med i projektet.

Diagnose: Fem af de 14 fra tabel 4.3. var diagnosticeret med ADHD (to heraf i kombination med andre diagnoser), to have fået diagnosen skizofreni og derudover var der givet diagnoser som ADD, borderline depression, angst og bipolar lidelse. Den store spredning gør, at de fleste diagnoser optrådte i enkelttilfælde.

Boede stabilt eller delvist stabilt: Den største andel boede enten stabilt (n=8) eller delvist stabilt (n=4), mens to var boligløse ved opstart.

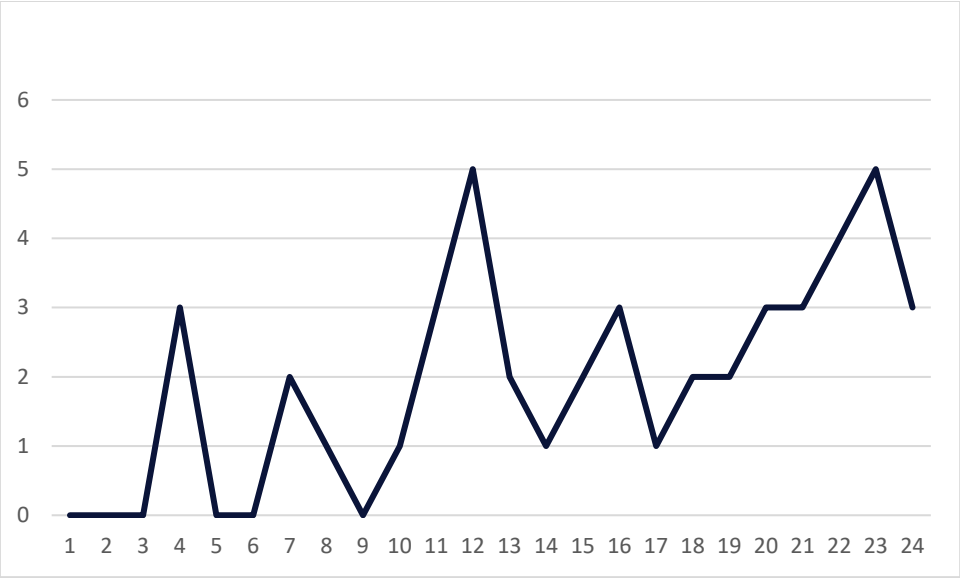
Kontanthjælp/uddannelseshjælp: 8 af de 14 fik kontakthjælp ved opstart, mens 3 fik uddannelseshjælp, 2 var i ressourceforløb/fik sygedagpenge, 2 fik førtidspension, 1 lønnet fuldtidsarbejde. Målgruppen havde således store udfordringer i forbindelse med at indgå i beskæftigelsessystemet.

4.6.2. Aktiviteter i koordinationsgruppen

I Esbjerg blev det besluttet at følge mødeaktiviteten i koordinationsgruppen i stedet for aktiviteter på borgerniveau.

Der blev afholdt 24 møder med en deltagelse på 4,7 medarbejdere i snit ud af 7 faste medlemmer.

Figur 4.2. viser drøftelsen af antal borgere, som det fremgår af mødereferaterne. Derudover beretter projektmedarbejderne, at der blev drøftet borgere, som ikke fremgår af referaterne. I mødereferat 1 blev der ikke drøftet borgere. I mødereferat 4 blev der drøftet 3 borgere, i mødereferat 12 blev 5 borgere drøftet osv.



Figur 4.2. Formel drøftelse af antal borgere i projektperioden

Antallet af borgere, der blev drøftet (registreret), steg midtvejs i projektet og i sidste halvdel var gennemsnittet af antal drøftede borgere steget til 2,7 (sidste 15 møder). Dette forklaredes med, at gruppen i starten havde fokus på at opbygge samarbejde og relation i gruppen og finde en passende form for samarbejdet.
Gruppen berettede også om ad hoc drøftelser både i starten af møderne og mellem møder, som vi ikke ses i ovenstående figur. Disse drøftelser inkluderede en langt bredere gruppe end projektdeltagerne.

4.6.3. Borgernes perspektiv

I det følgende afsnit præsenteres først borgernes perspektiv, som er baseret på TEM (fra samtale til samtale), samt en kvalitativ analyse baseret på interviewene med projektdeltagerne. Analysen inddeles i emnerne: Rusmidler, psykiatri, hverdagsfunktioner og trivsel samt samarbejde.

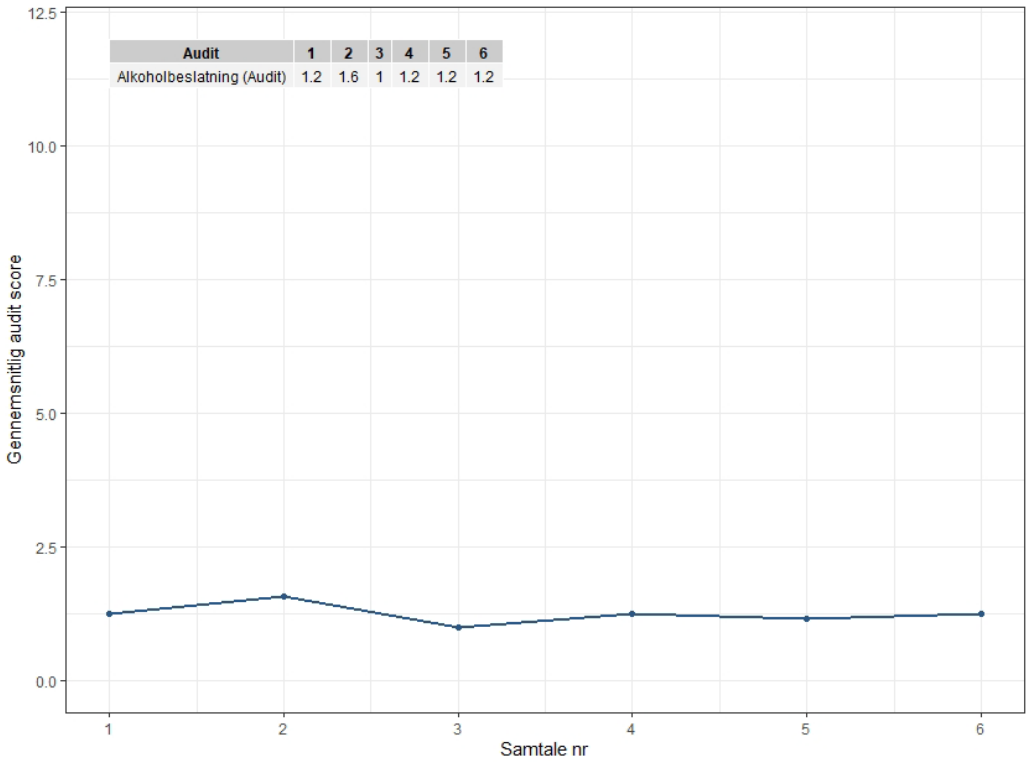
Rusmidler

Nedenfor beskrives projektdeltagernes forbrug af rusmidler målt med TEM ved opstart og i forbindelse med interviews foretaget af Center for Rusmiddelforskning.

I figur 4.3. er forbruget af alkohol vist. Til at måle dette anvendes AUDIT C tilpasset forbruget den seneste uge op til samtalen. AUDIT C scoren skal tolkes som følger:

En score på 6 viser, at der er drukket alkohol 2-3 dage den seneste uge og hver gang 5 eller flere genstande. En score på 9 kan vise, at der er drukket alkohol 4-5 dage den sidste uge og typisk 7-9 genstande hver gang. En score på omkring 2, viser, at der typisk er drukket 1 dag den seneste uge og 3-4 genstande hver gang.

Som nedenstående graf viser, har der generelt været tale om et moderat forbrug på under 2 (nogle drak slet ikke den seneste uge, andre havde et moderat forbrug af alkohol).



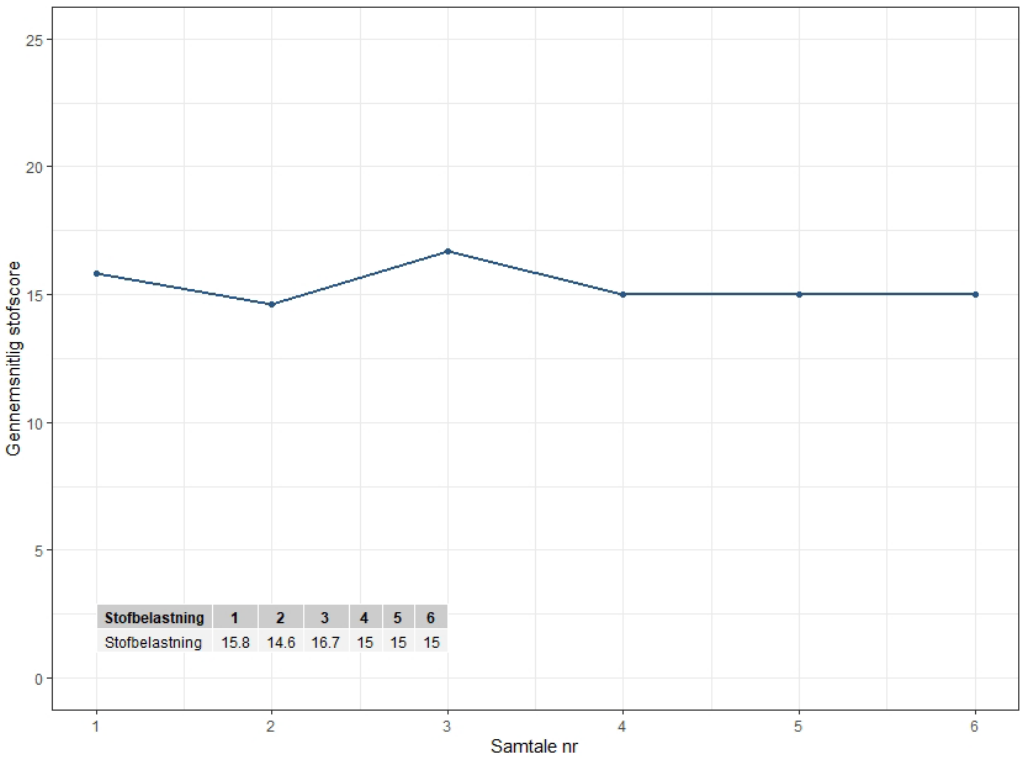
Figur 4.3. Brug af alkohol i ugen op til samtale mål med AUDIT

OBS! Der anvendes en såkaldt "last observation carried forward" metode, hvilket viser, at resultatet fra sidste samtale føres videre til sidst registrerede samtale. Dvs. at hvis en person fik 2 samtaler føres resultatet for dette videre (i figuren nedenfor til samtale 6 som var det højeste antal gange, evaluator havde kontakt med en borger).

I nedenstående citat fortæller en projektdeltager om, hvorfor han ikke længere ønskede at drikke:

"*Jeg vil egentligt bare have det godt i dag. At jeg bare kan stå op og have det så godt hver dag. Jeg har ikke brug for alle mulige stimulanser. Jeg fester ikke engang, jeg passer bare mig selv og slapper af. Laver nogle ting med mine venner. Jeg har ikke engang lyst til at smage en øl, for at være ærlig. Jeg elskede engang kolde øl, men det gør jeg ikke mere, så der er ikke mere alkohol inde i billedet*" (Mand, 34 år)

I stedet havde vedkommende et forbrug af benzodiazepiner og amfetamin. Og det var kendetegnende for projektdeltagerne i Esbjerg, at de generelt havde et stort forbrug af andre rusmidler end alkohol.



Figur 4.4. Stofbelastning op til samtale (samme metode som i figur 3)

En score på 12 i stofbelastning svarer til et omtrent dagligt forbrug af rusmidler. Den gennemsnitlige stofscore er over 12, hvilket er et udtryk for, at projektdeltagerne havde et højt forbrug. En kvinde på 26 år havde eksempelvis et forbrug af cannabis (7 dage), amfetamin (7 dage), heroin (3 dage), benzodiazepin (3 dage), svampe (1 dag) og ingen forbrug af alkohol. Generelt er det vanskeligt at opnå stoffrihed hos borgere, der scorer over 12 i stofbelastning. Ofte skal der være særligt fokus på andre problemer end stofferne, såsom hverdagsfunktion, trivsel og ikke mindst psykiatriske problemstillinger.

Nedenfor fortæller ovennævnte unge kvinde om sit forbrug:

"*Ja, det er det. Præcis. Altid når jeg tænker tilbage. Men der er bare også nogle indikatorer for det i den måde mit misbrug er på. Jeg selvmedicinerer lidt mere end jeg fyrer med det, kan man sige*" (Kvinde 26 år)

Ordet selvmedicinering optrådte flere gange på tværs af interviewene og flere af projektdeltagerne. Og der var også flere, der kom med i projektet, fordi de søgte anden hjælp end rusmiddelbehandling og netop derfor kunne de opleve, at det ikke var rusmiddelbehandling, de havde mest brug for lige nu – deres forbrug var selvmedicinering og vejen til at arbejde med stofferne, var derfor ved at arbejde med deres psykiske udfordringer, ikke rusmidlerne som sådan.

> "*Jeg føler, at jeg er kommet i en boks, hvis man kan sige det sådan. Jeg er meget glad for det, jeg har fået. I Motivationshuset er de ikke dømmende. De er meget hjælpende, og jeg kan mærke, at det er for at hjælpe mig. Det er ikke for at dømme mig og sige: "du har et misbrug, og det her, det kan du ikke", men de siger faktisk: "du har et misbrug, og du skal lige den her vej, før du kan det her*" (Mand, 25 år)

Projektdeltagerens behandling ebbede dog lidt ud, fordi det, han var mest motiveret for, var at arbejde med sin psykiatriske diagnose, og han så ikke sit forbrug som en barriere for det. Hans forbrug var det, som fik ham til at fungere i hverdagen og hjalp ham med at opretholde sine hverdagsfunktioner. Sideløbende med sin behandling, begyndte han i gruppebehandling i forhold til sin diagnose.

En anden projektdeltager havde haft et 8-årigt forbrug af amfetamin og var meget bekymret for at skulle stoppe.

> "*Jeg tror også, at det skræmmer en selv at tænke over, at det jo er en helt ny person, man skal til at lære sig selv at kende. Også nye omgivelser og hvordan det påvirker det. Både mit temperament og ja. Mig selv. Hvordan man er uden lige pludselig at være påvirket på samme måde.*" (Mand, 24 år)

Projektdeltageren havde fået at vide, at han skulle være stoffri i to måneder, før han kunne starte i psykiatrien. Samtidig følte han ikke, at han havde fået en god start i rusmiddelbehandling på grund af corona-nedlukning, og havde derfor udelukkende telefonisk kontakt med sin behandler. Han manglede en plan og var meget bange for, hvordan hans ophør af stofbrug skulle påvirke hans temperament, og hvilke konsekvenser det ville få for ham i sin omgang med kæreste og hund. Det lykkedes desværre ikke at komme i kontakt med ham igen, hvorfor vi ikke ved, om han forblev stoffri og kom i behandling i psykiatrien.

Generelt roste deltagerne rusmiddelbehandlingen, her siger en projektdeltager for eksempel:

> "Det der sker, det sker på Bakkevej. Jeg synes, det fungerer godt med det Suboxone" (Mand, 31 år)

En anden fortæller, at der ikke var langt fra tanke til handling:

> "*Jeg fik fat i lægesekretæren, og så fik hun skrevet til [lægen], at det var akut, og så ringede han med en tid dagen efter. Så de handler rigtig hurtigt på det, og så fik jeg mulighed for at ringe en af dagene også*" (Mand, 34 år)

Lægen fik iværksat medicinsk behandling sammen med psykiatrien, så hurtigt som muligt. Projektdeltageren efterspurgte i interviewene selv at komme i kontakt med psykiatrien og få lavet en plan for et behandlingsforløb.

Det var tydeligt, at projektdeltagerne havde massive udfordringer med rusmidler og andre komplekse udfordringer, som de søgte hjælp til. Hvis de skulle arbejde med deres rusmiddelbrug, var der et stort behov for sideløbende at få behandling for deres andre lidelser. Flere af dem oplevede, at rusmidlerne var nødvendige for at opretholde sig selv og dermed også bange for at slippe rusmidlerne uden reelle redskaber eller medicinsk behandling fra psykiatrien:

> "*Amfetamin, dét har jeg misbrugt. Jeg har et problem med, at jeg ikke kan slukke for mit PTSD. Det er for ekstremt, og det hjælper amfetamin sjovt nok på, hvilket jeg gerne vil have frem, bare i små doser. Det slukker lyset og sådan. Så jeg håber, jeg kan få Ritalin på en eller anden måde, hvis de vil give mig det. Så det bliver lovligt. For jeg kan mærke, at det slukker for min PTSD, giver mig mere overskud og gør mig glad. Jeg er miljøskadet, altså hjerneskadet"* (Mand 34 år)

Næsten alle projektdeltagerne blev henvist fra rusmiddelbehandling til at deltage i projektet, fordi de og behandlerne havde en mistanke om, at de skulle hjælpes i psykiatrien for at komme videre med deres behandling.

Psykiatri

Om behovet for at få en sammenhængende indsats og hjælp til såvel forbruget af rusmidler samt de psykiatriske problemstillinger, siger en kvinde:

> "*Jeg har behov for, at mit misbrug skal være i samme behandling som min psykiatriske behandling, fordi når jeg døjer med mit misbrug, er jeg psykisk syg. Du ved, sådan er det for mig, men det er jo ikke alle, der har det*" (Kvinde, 26 år)

Desværre oplevede flere af projektdeltagerne, at hjælpen fra det psykiatriske system enten udeblev eller var svær at få. Nedenstående er tre uddrag fra interview med samme kvinde:

> "*Det startede egentlig med, at jeg har haft et stort ønske om at blive udredt. Jeg har jo en psykiatrisk diagnose. Jeg har selv gået og tænkt i nogle år, at jeg gerne ville udredes for ADHD. Men i psykiatrien bliver jeg blankt afvist og får at vide, at jeg skal lægge rene urinprøver, og de skal dokumenteres i tre måneder, før de overhovedet vil snakke med mig. Og det skal være i et andet team end det team, jeg er i. Så snakkede jeg med min behandler, som sagde, at der måske var et lille håb i det her projekt. Mit allerstørste ønske, det er at det kunne ende med, at jeg får lov til at blive udredt*"

> "*Jeg er 26 år og ved mit første møde med psykiatrien, der var jeg 11. Og jeg har været der fast på stederne. Der har ikke været noget ophold i min ambulante behandling*"

> "*i Voksenpsyk bliver jeg bare totalt fejet af. Jeg får min medicin hver fjerde uge, og der er ikke engang samtale bagefter*" (Kvinde, 26 år)

Hun havde et stort ønske om hjælp, men følte sig ikke hjulpet i voksenpsykiatrien. Mellem første og andet interview havde kvinden fået en behandlingsdom. Kvinden var trist over dette, men hun var også lettet, for det havde gjort hendes adgang til hjælp, medicin og lægehjælp betydeligt lettere. Hun oplevede også, at der blev handlet på deres aftaler, samt at de tog telefonen, når hun ringede.

Der var flere eksempler på projektdeltagere, der til trods for, at de deltog i projektet, oplevede at blive mødt om et krav om stoffrihed i psykiatrien. En fik en afvisning efter 6 uger fri fra cannabis, som var hans eneste rusmiddel:

> "*Jeg kom i psykiatrien en gang, og så fik vi en kort snak med lægen, og hun fortalte, at hun ikke ville vurdere mig, før jeg var hundrede procent stoffri. Jeg havde ikke røget i seks uger på det tidspunkt, men hun sagde, at hun gerne ville have, det skulle være mindst tre måneder. Du ved, stoffri. Det var sådan, det var. Selvom man har problemer med misbrug, så kan man ikke få lægehjælp. Jeg blev lidt du ved. Jeg synes ikke, det var i orden. For måske er man misbruger, fordi man har et psykisk problem. Og hvis man tager det samtidigt, altså hvis man ikke kan lade være eller holde op, så er man for evigt i det problem. At man ikke kan få hjælp i psykiatrien, medmindre man bliver stoffri, selvom man har et psykisk problem. Hvis du kan følge mig i det. Jeg blev lidt demotiveret, skulle jeg droppe det?*" (Mand, 27 år)

En ung kvinde fortalte også, at hun havde fået mange afvisninger og det påvirkede hendes relation til psykiatrien. Udover afvisninger var det en stor udfordring for hende at opbygge en relation til medarbejderne i psykiatrien, når de kun mødtes en gang om måneden:

> "*Men så turde jeg ikke at kontakte dem, for så ville der gå yderligere en måned før næste samtale. Så jeg afsluttede mig selv, fordi jeg ikke havde tid eller overskud til det. Det gjorde mig mere ked af det at vide, at jeg kun havde en time i måneden, hvor jeg kunne komme og fortælle lidt, og så gå hjem igen. For så skulle jeg gå en måned igen, og man kan ikke komme i dybden med det, man vil sige. For jeg har meget at sige. Det er sådan "hov du er færdig, og vi har ikke mere tid". Jeg vil gerne forsøge at skabe en relation til dem, jeg snakker med. Det er vigtigt for mig*" (Kvinde, 22 år)

For hende ville det være en hjælp med mere kontakt. Hun havde oplevelsen af, at hun skulle sige nogle bestemte ting for at få hjælp og at det kunne være svært at fortælle hele sin historie. Det var derfor også en rigtig god hjælp at have sin behandler med, som kendte hende, og som kunne være med til at fortælle historien og dermed tage lidt af presset:

> "*Ja, det tror jeg, for hun har sagt, at hun rigtig gerne vil tage med. Og det synes jeg også er rigtig dejligt, at man kan have hende med, fordi nogle gange, så går det bare sort for mig. Jeg har svært ved at forklare mig, hvis jeg bliver presset og jeg føler, at jeg skal sige de rigtige ting, før de vil hjælpe mig. Sådan er det, hvis jeg tager ud i akutmodtagelsen. Så føler jeg, at jeg skal sige, at nu slår jeg mig*

> *selv ihjel, før de vil hjælpe dig. Hvilket er forkert. Alle folk reagerer forskelligt og har det skidt på hver deres måde*" (Kvinde, 22 år)

Hun oplevede et stort behov for hjælp, både i forhold til en indsats, hvor hun fik opbygget en relation samt et sted at søge hen, når hun akut havde brug for hjælp. Når det var akut var det vigtigt, at der ikke var så meget fokus på plan og handling, men egentlig bare, at der var en til at støtte hende:

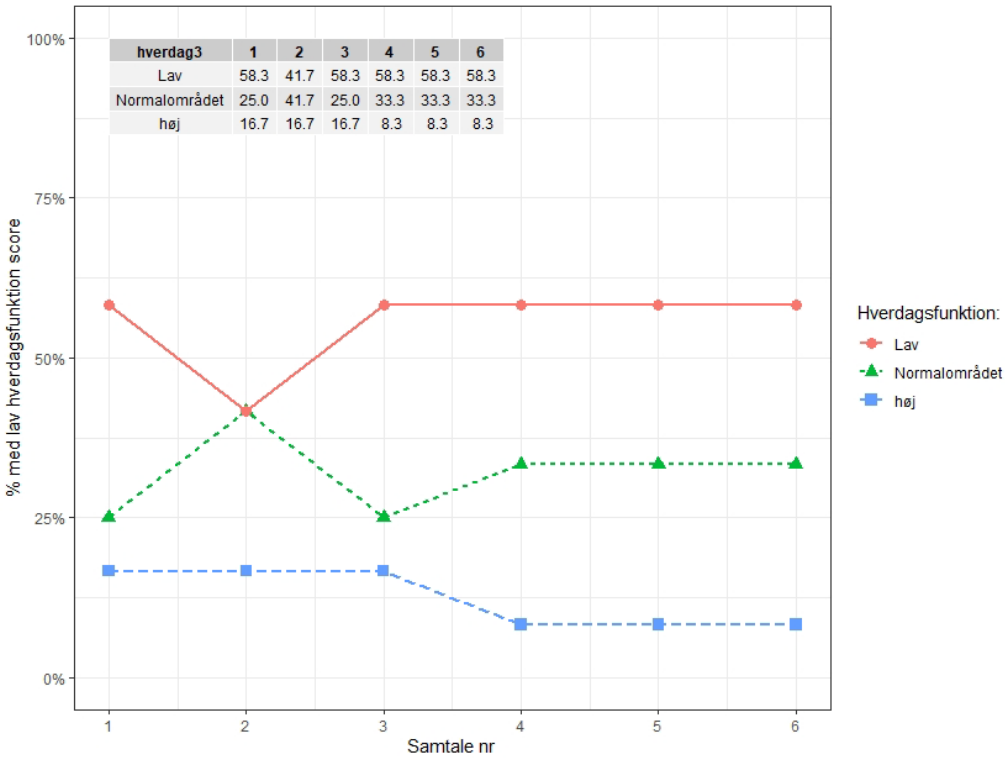
> "*Når jeg har prøvet at snakke om, hvordan jeg har det, så føler jeg, at det har handlet meget om, hvad jeg skal have hjælp til. Det er bare ikke det, jeg har brug for i øjeblikket, fordi man får så mange indtryk. Nogle gange har man bare brug for nogen, der lytter. Et kram eller noget.*" (Kvinde, 22 år)

Generelt efterspurgte projektdeltagerne afklaring, hjælp og en psykiatri, som lærte dem at kende. Gruppeterapi, samtaleterapi og hurtig hjælp lå højt på deres ønskelister. Afvisninger, for få kontakter og en manglende plan virkede meget demotiverende for projektdeltagerne. Nogle havde besluttet at vente med at tage kontakt til psykiatrien igen, fordi de skulle genfinde motivationen.

Hverdagsfunktion og trivsel

Hverdagsfunktion er defineret som projektdeltagernes evne til at strukturere deres hverdag: hvordan sover de, hvordan har de det med at stå op om morgenen, koncentrere sig, planlægge deres dag, madvaner mm. Analyserne nedenfor bygger på TEM, hvor projektdeltagerne blev stillet spørgsmålene i forbindelse med deres interviews. Det følgende er således selvoplevet. Her anvendes også LOCF (sidste samtale føres videre), og værdien ved samtale 6 er et udtryk for, hvordan projektdeltagerne havde det ved deres sidste samtale.

I figur 4.5. nedenfor ses udviklingen i projektdeltagernes hverdagsfunktion. En lav hverdagsfunktion er kendetegnet ved en ustruktureret hverdag, hvor deltagerne ofte har svært ved at koncentrere sig og planlægge deres dag. Blandt projektdeltagerne var der i Esbjerg en høj andel med en lav hverdagsfunktion ved opstart (7 uf af 12). I tabellen og grafen ses ikke den store udvikling, hvilket primært har at gøre med det lave antal besvarelser. Grafen skal derfor læses som et udtryk for, at projektet har kontakt med en gruppe, der er udfordret på deres hverdagsfunktion, hvilket også vil påvirke deres muligheder for at imødekomme de krav, de bliver stillet af systemet i forhold til fremmøde. Ofte kan det være nødvendigt at arbejde med hverdagsfunktioner og struktur, før der kan arbejdes med andre og mere komplekse elementer i et behandlingsforløb.



hverdag3	1	2	3	4	5	6
Lav	58.3	41.7	58.3	58.3	58.3	58.3
Normalområdet	25.0	41.7	25.0	33.3	33.3	33.3
høj	16.7	16.7	16.7	8.3	8.3	8.3

Figur 4.5. Hverdagsfunktion i ugen op til interview (LOCF).

Den røde linie er lav hverdagsfunktion og her har deltagerne udfordringer, der gør det svært at opretholde en struktur og passe en hverdag. De har udfordringer i forhold til koncentration, planlægning, søvn og stå op om morgenen, hvorfor det at møde på et bestemt tidspunkt kan være svært. Som nævnt var det 7 ud af 12 der havde en sådan profil. Den grønne linje er normal hverdagsfunktion, hvor der opretholdes en struktur, der gør det let at passe sin hverdag. Den blå linie er høj hverdagsfunktion, hvor der er en høj grad af struktur, hvor deltagerne var gode til at rydde op omkring sig, møde til deres aftaler og måske oplevede udfordringer i forhold til en enkelt af de adspurgte hverdagsfunktioner, eksempelvis koncentration.

En enkelt deltager havde arbejde og en god hverdagsfunktion, hvilket han opretholdte igennem hele projektperioden. Han oplevede de største udfordringer i forhold til koncentration, særligt efter at han var stoppet med cannabis. Derudover var det kendetegnende for projektdeltagerne, at de ikke var tilknyttet beskæftigelsessystemet, samt at deres udfordringer påvirkede deres hverdag på forskellig vis.

En mandlig projektdeltager fortalte:

> "*Ja ellers har jeg ikke rigtig noget svar på, hvad der fungerer godt lige nu. Lige nu ligger jeg det meste af tiden i min seng. Men jeg vil simpelthen. Det skal lykkedes for mig.*" (Mand, 31 år)

En anden projektdeltager fortalte, at han arbejdede på at få styr på sin medicin og søvnrytme først:

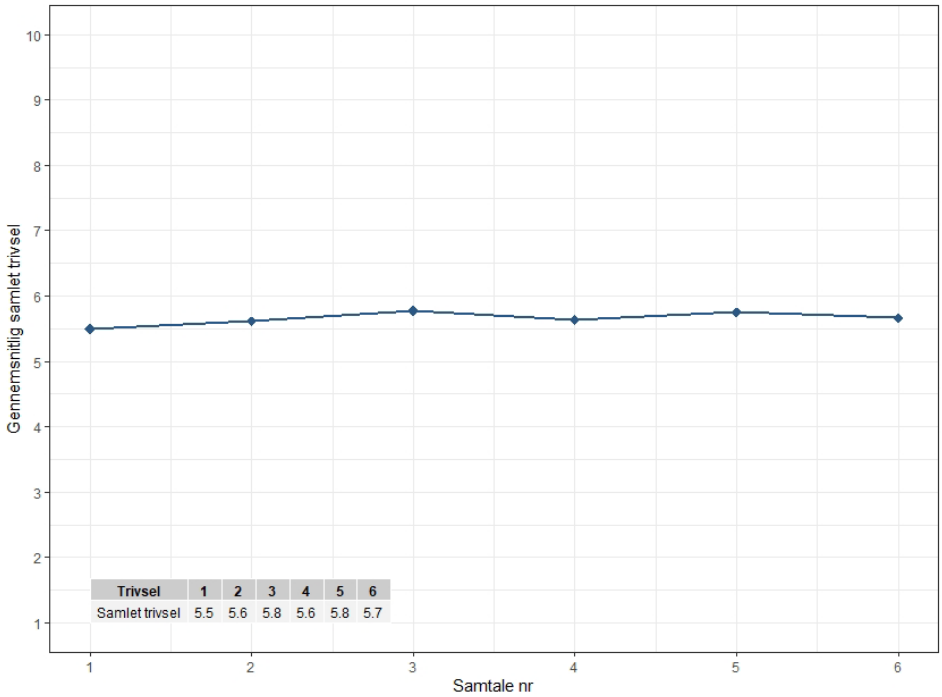
> "*Ja, jeg skal sove igennem et godt stykke tid nu og opbygge en søvnrytme [I: det giver god mening]. Så jeg vil gerne have den op at køre igen, for jeg stresser så meget over de ting. Lige nu skal jeg ned på tolv milligram fra mandag af, og så tager vi den derfra.*" (Mand, 34 år)

Da der i det følgende interview begyndte at komme styr på søvn og medicin, oplevede han også, at han blev mindre stresset, være mindre i alarmberedskab og fik et større behov for at få tættere kontakt til psykiatrien og kende planen for det forløb, der var i vente.

En tredje projektdeltager havde nemt ved at finde energi, særligt når han var påvirket af cannabis, men samtidig meget bevidst om, at han havde brug for nogle redskaber, hvis han skulle klare at starte på den uddannelse, som han drømte om:

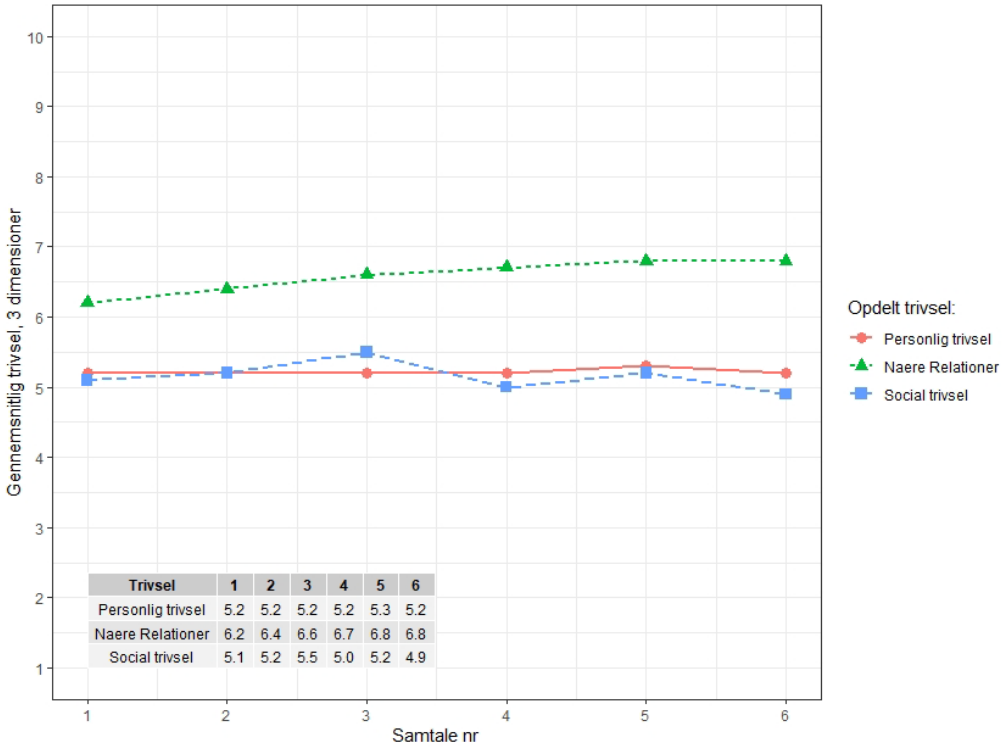
> "*Det var faktisk lidt mig selv, der søgte frem til det, fordi jeg gerne ville i skole til januar. Jeg kendte mig selv så godt, at jeg ikke bare kan sidde i skole og følge med, ligesom alle andre. Jeg skal have nogle redskaber, nogle værktøjer og sådan lidt og arbejde med mig selv. Jeg vil gerne kunne sige mig selv i mod og være "nej, du skal ikke rejse dig op, bare fordi du synes, det er træls at sidde ned". Jeg har brug for nogle værktøjer der gjorde, at jeg var lidt mere sikker på at gå på uddannelse, uden at være bange for at blive smidt ud. Jeg kender mig selv så godt, og jeg er rigtig dårlig til at sætte grænser for mig selv. Så det var der virkelig nogen, der skulle gøre overfor mig.*"

Figur 4.6. nedenfor viser samlet trivsel og er et udtryk for, hvordan projektdeltagernes trivsel udviklede sig fra første til sidste samtale. Normalværdien for danskernes trivsel er mellem 7 og 8, når vi undersøger på nationalt niveau. Trivsel på under 5 viser tydelige tegn på depression og ensomhed.
Grafen viser, at projektdeltagerne havde en trivsel på 5,5 ved opstart, hvilket er en meget lav trivsel. At grafen ikke udvikler sig, skyldes først og fremmest det lave antal af deltagere, og kan derfor ikke bruges som effektmål i denne sammenhæng. Det kan dog konkluderes, at trivsel ikke generelt ændrede sig hos denne gruppe fra første TEM til sidst registrerede TEM.



Figur 4.6. Samlet trivsel for projektdeltagerne

I figur 4.7. nedenfor ses opdelt trivsel, hvor der ses en lille stigning i forhold til nære relationer.



Figur 4.7. Opdelt trivsel i ugen op til interview

Den generelle trivsel er dog lav og bør være et opmærksomhedspunkt i forhold til denne målgruppe. Såvel trivsel som hverdagsfunktioner bør være centralt i arbejdet med denne målgruppe.

Samarbejde
En projektdeltager fortalte, at det ikke er så lige til at søge hjælp, og at han fik hjælp, fordi hans læge fik ham i kontakt med rusmiddelbehandlingen:

> "*Jeg er virkelig bange for, ja, for at snakke med folk nogle gange, eller for eksempel at søge hjælp, jeg er virkelig dårlig til at søge hjælp. Det skete kun, kun på grund af min læge*" (Mand, 27 år)

Det følgende citat er også fra første interview. Her var der en oplevelse af, at samarbejdet fungerede rigtig godt, og at der blev handlet hurtigt:

> "*Okay. Og så den der læge og så psykiatri skal også snart ind i min sag, så det bliver sådan flere parter, så jeg kan godt mærke, at der er gang i det, og folk vil gerne hjælpe mig, og det faktisk lukket lige nu på grund af corona i Motivationshuset, men selvom der er lukket sagde 'okay, vi kan godt klare din sag*". (Mand, 27 år)

Han gennemførte sin behandling i Motivationshuset, blev stoffri, men fik ikke sin afklaring i psykiatrien.

I løbet af projektperioden begyndte projektgruppen i Esbjerg at invitere borgerne med til et møde og give dem mulighed for at fortælle deres historie:

> "*Ved første møde havde jeg kontakt til psykiatrien, ellers har jeg ikke haft kontakt med dem, hvilket jeg har bedt min behandler om at få. Få et møde med dem og spørge, hvad deres plan med mig egentligt er. Det kunne jeg godt tænke mig at vide, altså, hvad der kommer til at ske med mig, når jeg er færdig med udtrapning. Jeg savner rigtig meget viden og samarbejde. Jeg ved ikke, om de overhovedet har en plan?*' (Mand, 34 år)

Projektdeltageren havde en forventning om, at han skulle overgå fra rusmiddelbehandling til psykiatri efter sin udtrapning.

> "*Fra første møde jeg har med dem i projektet, presser overlægen på ude fra Bakkevej i rusmiddelcenteret på for, at jeg får den medicin, de snakker om. Der går halvanden måned, før de disker op med noget medicin.*" (Mand, 34 år)

Set fra borgerens perspektiv var halvanden måned lang tid, men er det kort tid set fra medarbejdernes perspektiv? Som følge af samarbejdet i koordinationsgruppen, fik han ordineret medicin fra psykiatrien, før han egentligt startede et forløb på.

4.4.1/ Medarbejdernes perspektiv

I det følgende analyseres interviewene med medarbejderne, og det undersøges, hvordan de forholder sig til de samme fire emner som i afsnittet om borgerne: Rusmidler, psykiatri, hverdagsfunktioner og samarbejde.

Rusmidler

Projektet i Esbjerg tog udgangspunkt i borgere, der havde problemer med både rusmiddelbrug og psykiatri med henblik på hurtigere at få afklaret, hvilke indsatser, der var relevante at tilbyde. Projektet var inddelt i faser, men det var kun fase 1, der var i gang under projektperioden. Her var sigtet at fokusere på borgere fra rusmiddelbehandling, der havde uafklarede psykiatriske problemstillinger eller behandlingsbehov.

I citatet nedenfor fortalte lægen fra Center for Misbrug, at det var vigtigt for ham, hvordan de mødte borgerne og i samarbejdet viste dem, at de gerne ville hjælpe dem:

> "*Rent lægefagligt skal de selvfølgelig have en behandling, der passer til deres psykiatriske og somatiske behandlingsbehov og. På det mere personlige plan, ville det være en stor glæde, hvis vi kunne give dem en følelse af, at de er blevet mødt i øjenhøjde og med respekt. Det, tænker jeg, er en mangelvare for vores kundegruppe, og i rigtig mange dele af sundhedssystemet. Det er i hvert fald de historier, vi hører, når de kommer til os, og det er grundlæggende i den måde, jeg gerne vil møde patienterne på, og hvis vi kan samarbejde om, at de føler sig mødt også i forhold til, at vi rent faktisk gider tage dem med på et samarbejdsmøde, gider hjælpes ad og hjælpe dem*" (Læge, Center for Misbrug)

Det var vigtigt, at borgerne blev mødt og hjulpet både i rusmiddelbehandlingen og i de relevante samarbejder. Som det fremgår af citatet nedenfor handlede det også om at se projektdeltagernes ønsker, også når de selv havde svært ved at sætte ord på, hvad der skulle til for at hjælpe dem:

> "*Vi er forpligtede til at hjælpe vores borgere bedst muligt, om det er os, der folder paletten ud eller det er dem, er for mig underordnet, men at de bliver mødt i det ønske, de har. Mange gange har de svært ved at udtrykke det selv*" (Tilbudsleder, Center for Misbrug)

Projektdeltagerne fik som en del af deres rusmiddelbehandling et møde med lægen fra Center for Misbrug, som var med til at lægge en plan for deres forløb i projektet. I følgende citat delte han en udfordring, som de ofte stødte på i behandlingen:

> "*Det, der er udfordringen, er, at benzodiazepin er et meget politisk lægemiddel, som der er stor bevågenhed omkring. Det betyder, at de patienter som i forvejen er i substitutionsbehandling med enten metadon eller suboxone hos os, kan vi relativt nemt tage ind på en behandling. De patienter, som kommer med isoleret benzodiazepin-forbrug, som ikke har en sideløbende opioid-misbrug, de er svære at komme i en kasse, fordi de i princippet ikke hører hjemme på et kommunalt misbrugscenter, fordi vi har opioid-behandling. De kan håndteres hos egen læge, men det er meget svært at få praktiserende læger til at ordinere benzodiazepiner i almindelighed, og umanerligt svært at få dem til at ordinere i*

de kvanta, som nogle af vores patienter indtager dem i. De kan håndteres i psykiatrien, men problemet er, at patienterne ofte er meget ustabile, og psykiatrien har ikke fysiske ressourcer til at kontrollere indtag. Får man medicin fra en psykiatrisk afdeling, så er det jo typisk en recept, man indløser på apoteket og så håndterer selv. Den kontrol med hyppigt fremmøde og kontrol med indtag, er det sådan set kun os, der kan. Vi har så taget en salomonisk løsning i Esbjerg, og vi har taget vores leder i ed og sagt, at det gør vi. De her med benzodiazepin, der ikke samtidigt har et opioid-misbrug, de er meget i et limbo, fordi benzodiazepinerne historisk har været udsat for politisk bevågenhed. Det er det, der er svært at efterkomme i forhold til det, som de efterspørger" (Læge, Center for Misbrug)

Dette var således et eksempel på projektdeltagere, som ikke passede ned i systemernes "kasser", men som havde et stort behandlingsbehov, og hvor medarbejderne måtte bøje reglerne for at nedtrappe og hjælpe projektdeltagerne. Projektdeltagerne hørte reelt til i psykiatrien, men psykiatrien havde ikke mulighed for at kontrollere indtag, som var nødvendigt for at nedbringe et stort forbrug af benzodiazepiner. Måden det foregik på var, at projektdeltagerne startede op i rusmiddelbehandling og via projektet, blev visiteret til forløb i psykiatrien efterfølgende:

"*Det er jo typisk en stabilisering og nedtrapning på benzodiazepin. Og indtil nu er rigtig mange af vores borgere kommet på det. Vi laver en plan i forhold til præparat, dosis og hastighed. Det er jo sådan en trinvis behandling, hvor dem vi har haft indtil nu, har vi først stabiliseret på benzodiazepin for at gøre dem klar til at modtage behandling i psykiatrien. Det er en aftale, vi laver til mødet. Og så starter vi dem op og får dem stabiliseret, og så skubber vi dem over i psykiatrien*" (Læge, Center for Misbrug)

Med mødet henviser han til, at borgerne har deltaget på et koordinationsmøde, hvor de har fortalt deres historie. Dette viser, at der er behov for at bryde de almindelige rammer for behandling samt at der tidligt etableres et samarbejde, så psykiatrien er klar til at tage imod projektdeltageren.

I det følgende fremgår det at også psykiatrien havde en forståelse af, at der skulle tænkes ud af boksen og brydes nogle rammer for at lykkes med at behandle denne målgruppe.

Psykiatri

Psykiatrien havde samme oplevelse af, at målgruppen ikke altid passede ind i nuværende tilbud og indsatser, og at der var behov for, at der skulle tilpasses lidt for at kunne imødekomme projektdeltagerne:

"*Der er en gruppe af patienter, der passer perfekt til boksen, men der er også mange, og især dem med stofbrug, som ikke passer helt godt og det er der, hvor vi skal prøve at lave boksen om, så meget vi kan*" (Læge, Psykiatri)

En erfaring i Center for Misbrug under projektperioden var, at det at få psykiatrien involveret i koordinationsgruppen kunne være med til at facilitere samarbejde i forhold til projektdeltagere i Lokalpsykiatrien:

"*Det, vi har erfaret os, er, at det nogle gange går lidt lettere at få en ordentlig snak i lokalpsykiatrien, når [Psykiatrisk overlæge, Akutmodtagelse] har været inde over, og har givet sit besyv med i forhold til, hvad der er blevet snakket om i gruppen. Så hun på den måde ligesom formidler eller faciliterer*" (Myndigheds-rådgiver)

I projektets første fase var psykiatriens rolle netop at rykke tættere på rusmiddelbehandlingen, facilitere og sparre. Og også tale om, hvornår en behandling er tilgængelig, og hvornår den ikke er:

"*Der kører stadigvæk nogle gamle historier om psykiatrien. Og jeg tænker på det, at man ikke skulle kunne komme i lokalpsykiatrien, hvis man har misbrug. Det er også min rolle, føler jeg, at følge op på det, hvis det sker. Det er ikke meningen, at man ikke kan komme i psykiatrien, hvis man har et misbrug. Det kan være, at det giver udfordringer, og at det ikke er alle slags behandlinger, der er tilgængelige, hvis man er i misbrug, men det er ikke sådan, at man bare afvises på selve henvisning.*" (Læge, Psykiatri)

Der er nogle strukturelle forhindringer, som er svære at ændre på, som for eksempel ventetider og personalemangel i psykiatrien. Men godt samarbejdet kan i nogen grad øge fleksibiliteten i systemet. Dels kan samarbejde præge måden at tænke på og gøre at flere kan inkluderes, dels kan samarbejde give en forståelse for, hvorfor bestemte behandlinger ikke altid er tilgængelige for den enkelte projektdeltager:

"*Ja, og jeg tænker det ikke er nogen hemmelighed, at der nogle gange er nogen patienter, hvor vi kan blive uenige mellem misbrugscenteret og psykiatrien, og selve det at vi har den ventetid, vi har i psykiatrien, og holdningen om at patienten skal være afholdende i tre måneder før og så videre. Selvom nogen i organisationen er begyndt at tænke anderledes, er der stadigvæk mange, der tænker sådan*" (Læge, Psykiatri)

En måde at gøre systemet mere smidigt på var at tillade, at projektdeltagere var tilknyttet Lokalpsykiatrien, selvom der ikke var en behandling, der var tilgængelig lige med det samme. Men så give plads til, at projektdeltageren var passivt tilknyttet, mens de kunne stabiliseres i rusmiddelbehandlingen:

"*Det vi er i gang med, og det er en sidegevinst af det her projekt, det er et lille paradigmeskifte eller måske en kulturændring, i forhold til, at man nødvendigvis ikke behøver at afsluttes fra lokalpsykiatrien, selvom vi ved, at man ikke kan behandles nu og her. Man kan godt være på en sådan standby position. Vi tænker, at i den periode, er det mest misbrugsbehandling, der er vigtigst. Så kan man stå på standby, og så kommer lokalpsykiatrien ind i billedet, når patienten, borgeren, er klar til det.*" (Læge, Psykiatri)

Det kan eksempelvis handle om en nedtrapning og stabilisering i rusmiddelbehandling, der kan give projektdeltageren en mulighed for at modtage behandling i psykiatrien efterfølgende. I det følgende undersøges det, hvordan projektdeltagernes hverdagsfunktioner kan udfordre behandling.

Hverdagsfunktioner og trivsel

I det følgende eksempel vises en smidighed i behandling, som ikke kunne ses i interviews eller mødereferater. Myndighedsrådgiver fortalte, at dette var et godt eksempel på måden som samarbejdet manifesterede sig på:

> "*I begyndelsen af et koordinationsmøde i april 2021 talte psykiater og myndighedsrådgiver om en borger i målgruppen, som ikke var en del af projektet. De havde set ham i psykiatrien og han kom på psykiatrisk sygehus, men han havde svært ved at komme ned på misbrugscenteret. Udfordringen var, at han skulle have haft en indsprøjtning for 14 dage siden. De talte om, at han var ekstremt svær at behandle og hvordan de skulle håndtere det, så han kunne få sin behandling. Lægen fra Center for Misbrug fortalte, at borgeren skulle starte på sin oprindelige dosis, men at sprøjten var svær at give. Derfor stillede han sig til rådighed. Helt lavpraktisk besluttes det, at lægen lægger en seddel med sit telefonnummer, så personalet på psykiatrisk sygehus ringer til ham, når de ser vedkommende. Så vil lægen køre hen og give ham den, fordi borgeren oplevede, at medicinen hjalp ham*" (Noter fra et møde i koordinationsgruppen, April 2021)

Dette er også et eksempel på, at ikke alle borgere kan komme derhen, hvor den rette hjælp findes og kan have gavn af en håndholdt indsats:

> "*Mange af vores borgere får vi hjulpet i gang med forløb de forskellige steder, altså sådan lidt håndholdt, hvis man kan sige det på den måde, til en start, at vi har mulighed for at støtte dem, følge dem, ledsage dem i psykiatrien, ledsage dem til lokalpsykiatrien, indtil de er trygge ved at være der. Rigtig mange af dem vil det gerne, men magter ikke at møde op. Så det vil primært være min rolle her at have samtaler, og så ledsage og sørge for, at de bliver løbet i gang de forskellige steder*" (Sygeplejerske, Center for Misbrug)

Og det sigte blev også diskuteret i koordinationsgruppen, når de drøftede projektdeltagere eller andre borgere:

> "*Det er jo også et af de kriterier, vi sætter op, kan man sige. Når de er igennem projektet, så at sige "tilbud, hvem tager med? Hvem sørger for at folk kommer afsted?" Så ja, det fungerer ret godt, for så er der flere ører på, hvad der bliver sagt, og det er også en fordel*" (Myndighedsrådgiver)

Netop det håndholdte var af afgørende betydning for psykiatrien, som oplevede et stort ressourcespild, fordi målgruppen ikke mødte stabilt op til aftaler. Derfor var det en tydelig gevinst for psykiatrien, når rusmiddelbehandlere kunne hjælpe projektdeltagere med at møde i psykiatrien:

> "*Det er ikke en ny patientgruppe for os, dem har vi jo haft i rigtig lang tid, ikke? Og vi har brugt rigtig mange ressourcer på dem, eller faktisk uden dem, for problemet er tit det, at man booker en eller to timer til første samtale og så er der ingen, der kommer. Jeg kan også godt forstå, at man med tiden, hvis man får henvisning tre eller fire, så er man også sådan lidt "arh", ikke? Og man ved, at man har ventetid, der bliver længere og længere for at få andre patienter, fordi man nemlig har de der udeblivelser, hvor det først er tyve minutter efter den tid, der blev booket, man bliver enig med sig selv om, at han ikke kommer*" (Læge, Psykiatri)

Den store ressource handlede således også om, at der blev brugt mange timer på henvisninger og genhenvisninger til målgruppen, hvor de ikke kom, ressourcer, der bruges uden at hjælpe. Et øget fremmøde som følge af en støtte hertil var derfor meget betydningsfuld for psykiatrien:

> "*Der er en stor glæde i lokalpsykiatrien, over at kontaktpersoner fra misbrugscenteret kan hjælpe med at komme til samtalen. Huske aftaler og så videre. Jeg håber, at mine kollegaer i lokalpsykiatrien også kan mærke, at det faktisk giver mening, og at samarbejdet med misbrugscenteret gør, at patienterne er relativt mødestabile, de følger behandlingen i misbrugscenteret og hos os. Det gør forskellen for patienten*" (Læge, Psykiatri)

Udover vigtigheden af at en medarbejder tæt på den enkelte projektdeltager, kunne hjælpe med fremmøde i psykiatrien, åbnes der i citatet nedenfor også for den mulighed, at der kigges indad i psykiatrien og overvejes, om det ville kunne betale sig at ændre på måden, de mødte borgerne på. Dette bør bestemt undersøges nærmere.

> "*Så måske vil det blive nemmere for os, men hvis vi nu glemmer alt det med "patient i fokus", men kun kigger på os selv, for det kan måske betale sig at behandle dem på en anden måde?*" (Læge, Psykiatri)

Erfaringen i første fase var, at nogle projektdeltagere skulle nedtrappes og stabiliseres før behandling i psykiatrien, var tilgængelig. Mange havde desuden behov for støtte til fremmøde og ledsagelse. Der viste sig også et tydeligt behov for at samarbejde mellem de deltagende organisationer blev etableret i projektperioden. I afsnittet nedenfor fremgår, hvad medarbejderne oplevede som afgørende i forhold til at opbygge et samarbejde på tværs af de to meget forskellige systemer.

Samarbejde

I Esbjerg havde de lært hinanden at kende på tværs af psykiatri og Center for Misbrug i koordinationsgruppen. Der var forskellige fagligheder i spil og selvom de ikke frivilligt havde valgt at sidde i gruppen, gav de alle udtryk for at være motiveret for målgruppen og samarbejdet. Der var også en klar holdning til, at netop det, at de mødtes i gruppen, var vigtigt for at få samarbejdet til at fungere:

> "*Det er meget nemmere at samarbejde, hvis man kender hinanden, fordi så er det også meget nemmere at tage telefonen og ringe, og det er rigtigt, at det skal ikke være personbaseret, fordi hvis nu jeg flytter til Tenerife, så skal samarbejdet*

alligevel køres videre. Men jeg har stor tiltro til, at hvis man i misbrugscentret og hos os får lært, at det er ret nemt at få kontakt, så bliver vi ved, selvom nogle af os måske flytter" (Læge, Psykiatri)

Det at ringe og få en hurtigere afklaring på nogle problemstillinger blev tillagt utrolig stor værdi i gruppen. Et eksempel kunne være, at de hurtigt fik startet en relevant behandling op, som blev set i psykiatrien, men skulle gives i rusmiddelcenteret. Nedenfor fortalte lægen fra Center for Misbrug, at de havde brug for hinandens specialviden:

"*De her patienter har brug for et sted at komme, hvor de ikke behøver at slås for at få den behandling, som de fortjener, men hvor de rent faktisk bare får den. Og jeg er ikke særlig god ude i psykiatrien, så jeg har som misbrugsbehandler enormt meget brug for at kunne sparre fagligt med nogen, som har den fagligh-ed. Og til gengæld har vi noget specialviden hernede og håndtering af nogle præparater, som psykiatrien ikke jonglerer med til dagligt. Jeg ser det her projekt som en kommunikationskanal til psykiatrien*" (Læge, Center for Misbrug)

Samarbejdet i gruppen gav således mulighed for at dele viden og perspektiver. Dette kunne give adgang til behandling, men også være med til at aflive myter og give en større forståelse for hinanden. I det følgende citat fortalte en myndighedsrådgiver om, hvad de kunne drøfte på møderne:

"*Hvordan kan det være, at vedkommende ikke kan blive lukket ind i lokalpsyki-atrien, hvordan hænger det lige sammen, kan jeg få en forklaring på det, og sådan noget? Og så har vi snakket de her sager for at få det på plads, hvad kan vi gøre anderledes og sådan. Vi tager det i plenum, hvor de forskellige fagligh-eder kan byde ind med deres viden og tilbud i den konkrete sag. [Læge] er også gået videre til lokalpsykiatrien og har snakket med dem. Så det er som om, ka-nalerne bliver lidt kortere på den her måde, og det er fedt*" (Myndighedsrådgi-ver)

En vigtig effekt for medarbejderne var, at de med gruppen fik bedre kommunikation og der-med hurtigere handling og behandling. De ønskede, at der skulle være handling bag afta-lerne, så projektdeltagerne faktisk fik den behandling, de var stillet i udsigt:

"*At de kan mærke, at det jeg siger, det sker faktisk også, du får faktisk en lægetid, du får faktisk en garanti på, at lokalpsykiatrien ikke slipper dig. Der er en hurtig behandling. Det er ikke noget med, at jeg lige skal se, om jeg kan få fat i nogen ude i psykiatrien, det kan godt være, det lige tager et par måneder, men du hører nærmere...*" (Myndighedsrådgiver)

Tilgangen i projektet har været at fokusere på strukturen og samarbejdet i koordinationsgrup-pen først og senere øge fokus på at hjælpe borgerne. Om det siger myndighedsrådgiver:

"*Jeg synes, vi har gjort det helt rigtige. Vi har arbejdet på relationen som det før-ste og har skabt en virkelig god relation i gruppen. Jeg har været rundt på til-budsstederne og fortælle om projektet. Det har også givet en masse. Og så er borgerne begyndt at komme efterfølgende. Vi har ikke så mange i starten, de er*

begyndt at komme mere nu. Altså det skal tage den tid, det tager. Og så har det virket godt, at vi har holdt fast i vores ugentligt møder. At vi mødes på samme tidspunkt, samme sted, hver uge" (Myndighedsrådgiver)

Det var en tidskrævende proces at finde hinanden i samarbejdet, men tilfredsheden blandt medarbejderne var stor og det var også en præmis fra starten, at de i Esbjerg havde et ønske om at lave en samarbejdsmodel, som skulle køre uanset, om der var et projekt eller ej. Desuden var der en stor oplevelse af ledelsesmæssig opbakning, som også havde en afgørende betydning for gruppen:

"*Jamen, altså ledelsen er helt på. Jeg har min nærmeste leder, hun er meget engageret i det. Hun har også deltaget i de her møder og støtter helt op omkring det, og jeg ved også at Morten, som er leder for de andre, der sidder her, er jo også helt med på, at vi skal bare have et samarbejde i gang. Det skal bare fungere, så der synes jeg da i hvert fald vi har en opbakning*" (Læge, Psykiatri)

Udover en fast mødestruktur, respekt, kendskab og hygge, som vigtige elementer i at etablere sig som gruppe, var det også afgørende, at partner havde de rette forudsætninger for at kunne påvirke praksis:

"*Dem som skal deltage i sådan en gruppe, skal være parat til at være fleksible og tænke ud af boksen. Det er vigtigt, at dem der er med, kender alle de regler og retningslinjer på området, for det er den eneste måde, hvor man kan bøje dem godt. Man skal nogle gange bøje sine egne konventioner og normale procedurer, for ligesom at finde de bedste løsninger, fordi det er patienter, som er komplicerede.*" (Læge, Center for Misbrug)

Lægen fortalte, at det var vigtigt, at de i gruppen havde mulighed for at tænke og handle "ud af boksen" for bedst at kunne tilbyde behandling til målgruppen. Udmeldingen var klar, at medlemmerne i gruppen skulle have en beslutningskompetence og beføjelse til at tilbyde en behandling, som brød rammerne:

"*Det skal være folk, som har en beslutningskompetence til at lave, hvad skal man sige, en ikke protokolleret behandling*" (Læge, Center for Misbrug)

Når disse elementer var på plads, var vejen banet for at lette kommunikationen mellem samarbejdspartnere. Et ønske, der kunne lette kommunikationen endnu mere, ville være et fælles IT-system:

"*Jeg savner et fælles IT-system. Hvis jeg har en patient, der har problemer i hjertet, så ringer jeg til kardiologerne, hvis de har en, der har selvmordstanker, så ringer de til mig, men vi har fælles journalsystem, jeg kan slå patienten op og komme med nogle anbefalinger. Det har vi ikke med Misbrugscentret, fordi det er et kommunalt tilbud og vi har ikke en IT-platform, hvor vi kan udveksle informationer om patienten*" (Læge, Psykiatri)

Et fælles IT system ville kunne give mulighed for at slå den samme borger op, sparre og gøre det lettere at finde frem til de rette faglige anbefalinger.

Det lykkedes at opbygge et godt samarbejde i Esbjerg, men det er vigtigt med en forståelse af, at der var stor ledelsesmæssig opbakning både i psykiatrien og kommunen, som afsatte ressourcer og udpegede relevante medlemmer. Dernæst var der tid og rum til at gruppen kunne danne relation og finde sin form. Til det sidste interview i projektperioden var koordinationsgruppen mere end klar til projektets fase 2 og 3, hvor samarbejdet skulle rykke ind i psykiatrien.

4.5/ Perspektiver

- Målgruppen skal støttes i fremmøde, motivation og fastholdelse

- Undersøge om psykiatrien kan struktureres på en måde, som vil gøre fremmøde lettere for borgerne og ressourcerne anvendes sammen med borgerne og ikke på udeblivelser

- Der er usikkerhed omkring, hvordan arbejdet foregår på borgerniveau, herunder opfølgning på de individuelle forløb. Dette kan udvikles og beskrives nærmere.

- Der er gode perspektiver i den samarbejdsform, som der er skabt via koordinationsgruppen nedsat i Esbjerg, hvor medarbejderne oplever en stor succes og tilfredshed med samarbejdet på tværs af systemer og sektorer. Kendskabet til hinanden har gjort det lettere at bruge hinanden. En vigtig faktor her var, at det fra begyndelsen var et fælles projekt mellem ledelsen fra Psykiatrisk afdeling i Esbjerg og Esbjerg kommune, som udpegede medarbejdere, der skulle danne gruppen. Dette kan vise sig at få afgørende organisatorisk betydning på sigt.

5.0 Middelfart

5.1/ Formål

Pilotprojektet skal bidrage til at undersøge, afprøve og anbefale et koncept for behandling af retspsykiatriske patienter med dobbeltdiagnose, under indlæggelse og i den kommunale rusmiddelbehandling og øvrige relevante tilbud for den enkelte borger (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

5.2/ Målgruppe

Målgruppen er retspsykiatriske patienter med dobbeltdiagnose, som enten er indlagt på psykiatrisk afdeling i Middelfart eller bosiddende i Middelfart kommune i egen bolig eller på bosteder. Der er ingen nedre eller øvre aldersbegrænsninger (Udmøntningsnotat 29. maj 2020).

5.3/ Organisering af indsats

Indsatsen søgte at skabe mere sammenhæng i borgernes behandlingsforløb ved at arbejde ud fra projektmodellen, som sammenfattes i den følgende tabel. En projektmedarbejder blev ansat fuld tid, vedkommende skulle koordinere og udføre de forskellige aktiviteter og dels sørge for at bygge bro til kommunale samarbejdsflader, opkvalificere plejepersonalet på retspsykiatrisk afsnit P3 samt have samtaler med borgere.

Tabel 5.1. Projektmodellen

Projektmodellen	Samarbejdsunderstøttende elementer
En projektmedarbejder er ansat til dels at holde koordinerende møder, rusmiddelsamtaler og opkvalificere personalet på P3 til rusmiddelsamtaler, afholdelse af fælles temadage Bygge bro til kommunale samarbejdsflader: Rusmiddelcenter, Bosteder m.fl.	Møder Fælles temadage på tværs af sektorer (skabe fælles fundament) Undervisning af personale på P3 (se 7.0 Bilag). Personale på P3 oplæres til at afholde misbrugssamtaler

Tre særlige fokusområder er:

1) samarbejde om overdragelse af patienter fra Retspsykiatrisk afsnit P3 til tilbud i Middelfart kommune (Rusmiddelcenter, Socialpsykiatri, Bosteder m.fl.)

2) løbende samarbejde omkring retspsykiatriske patienter i ambulant behandling og kommunale tilbud

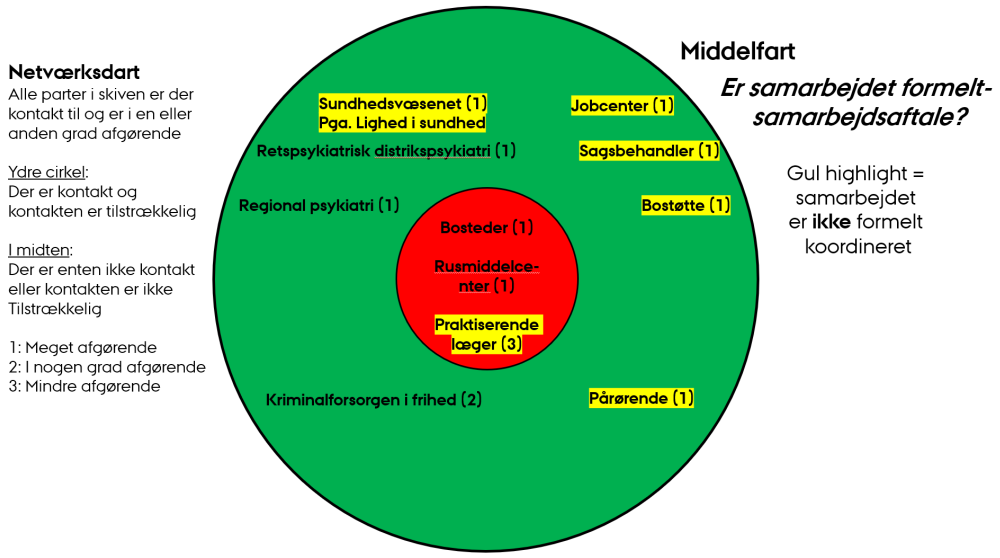
3) målrettet rusmiddelbehandling under indlæggelse i retspsykiatrien, så rusmiddelbehandlingen fortsætter og er koordineret med den kommunale indsats efter indlæggelse.

De involverede parter var Retspsykiatrisk afsnit P3, Retspsykiatrisk Distriktspsykiatri og Middelfart kommune, hvor rusmiddelcenter og botilbud var særligt relevante for målgruppen. Jobcenteret var også en relevant aktør, men ikke gennemgående for alle projektdeltagere.

5.3.1/ Det tværsektorielle samarbejde

Der er ofte mange potentielle samarbejdspartnere, når målgruppen er retspsykiatriske patienter med dobbeltdiagnose. Her udfoldes, hvilke parter der var relevante for den samlede målgruppe og hvor der var samarbejde, defineret af projektmedarbejderen. Desuden blev der taget stilling til, hvor samarbejdet var udfordret. I Middelfart anvendtes fælles koordinerende indsatsplaner aktivt som et styringsredskab for at lette koordineringen og kommunikationen mellem de forskellige involverede parter. Projektmedarbejderen beskrev koordinerende indsatsplaner som et godt redskab til målgruppen, fordi de var dynamiske og kunne justeres og samtidig gav et overblik over de forskellige indsatser, opgaver og rollefordelinger for den enkelte projektdeltager.

I nedenstående diagram listes de relevante samarbejdspartnere i forhold til samarbejde omkring målgruppen, defineret af projektmedarbejderen. Tallet i parentesen angiver, hvor afgørende samarbejdet var for arbejdet med målgruppen (1=meget afgørende, 2= i nogen grad afgørende, 3=mindre afgørende). Samarbejdspartnerne i den grønne cirkel viser, at der var kontakt og at kontakten blev anset for at være tilstrækkelig. Gul highlight = samarbejdet er ikke formelt koordineret.



Figur 5.1. Netværksdiagram for Middelfart

Samarbejdspartnerne i den røde cirkel viser de aktører, hvor kontakten ikke var tilstrækkelig. Det kræver en særlig opmærksomhed, når aktører med prioritet 1 eller 2 listes i den røde cirkel, hvilket var tilfældet for bosteder og rusmiddelcenter i Middelfart. Generelt kan siges, at der i dette projekt var en oplevelse af, at der ikke var en ledelsesmæssig opbakning fra kommunens aktører på trods af formelle aftaler, hvilket gjorde det særdeles udfordrende at etablere et samarbejde omkring projektdeltagerne. De forskellige erfaringer med at opbygge samarbejde på tværs uddybes nedenfor under medarbejdernes perspektiv (5.5.4).

Med sundhedsvæsenet henvises til det somatiske sundhedsvæsen, hvor særligt projekt lighed i sundhed var afgørende for, at der var god kontakt. Projekt lighed i sundhed arbejdede på at sikre somatisk udredning og lægehjælp til patienterne i denne målgruppe ved at komme til patienterne, hvilket gjorde en afgørende forskel i forhold til det somatiske i projektperioden

En yderligere kompleksitet var, at der i projektet var deltagere fra 12 forskellige kommuner. 6 projektdeltagere boede i Middelfart, hvoraf 3 fik betalt deres ophold på et bosted i Middelfart af en anden hjemkommune. Mængden af kommuner med hvert deres sæt af samarbejdspartnere komplicerer derfor denne opgave yderligere, fordi der er rigtig mange mulige samarbejdspartnere samt en stor afstand til særligt nogle kommuner.

5.4/ Datagrundlag

Tabel 5.2. Basisoplysninger for Middelfart

BaggrundsMap[1]	18
Logbog[2]	500 aktiviteter
Besøg	3
Møder med borgere	7
Interview med medarbejdere	2
Netværksanalyse	1

1. Registrering af basisoplysninger om personen, herunder bl.a. boligforhold, indtægtsgrundlag, evt. psykiatrisk diagnose.
2. Registrering af aktiviteter (se figur 5.2.)

Trivsels og Effektmonitorerings-redskabet TEM blev anvendt i samtaler med borgerne, først af projektmedarbejderen, siden blev plejepersonalet også oplært i redskabet. Spørgsmålene omhandlede forbrug af rusmidler, trivsel og hverdagsfunktioner. Svarene udgør datagrundlaget for analyserne af forandring over tid.

I tabel 3.2. er vist, hvor mange borgere, der modtog hvor mange samtaler. Der indgår 22 i analyserne, de sidste 2 borgere har ikke svaret på spørgsmålene, formentligt på grund af frafald. Af de øvrige modtog 22 borger mindst 1 samtale, 20 borgere mindst 2 samtaler og 5 borgere 12 samtaler.

Tabel 5.3. Hvor mange borgere fik hvor mange samtaler.

Samtalenummer	1	2	3	4	5	6	7
Antal deltagere	11	6	6	5	4	4	3

Redskabet var kun i nogen grad meningsfuldt i forhold til denne målgruppe. Dels kunne det svinge meget fra time til time, hvordan de havde det, dels kunne det ikke bruges, når de havde det dårligst og der var som regel behov for at tilføje nogle kvalitative beskrivelser for at tallene skulle give mening. Resultaterne skal derfor også læses med viden om denne målgruppe. Redskabet blev derfor suppleret med TEM behandlervurdering, hvor behandleren kunne udfylde en besvarelse på baggrund af vedkommendes oplevelse af mødet med borgeren. Dette blev udfyldt på 3 borgere, hvor 2 har mere end 1. På grund af de få besvarelser, kan vi ikke bringe analyser på baggrund af TEM behandlervurdering i rapporten.

5.5/ Resultater

5.5.1/ Sociodemografiske karakteristika

Tabel 5.4. Sociodemografiske baggrundsdata

Projektdeltagere	18
Gennemsnitsalder	39,2 år
Kvinder	5,6 %
Mænd	94,4 %
Diagnose	100 %
Bor på institution/opholdssted	88,9 %
Førtidspension	88,9 %

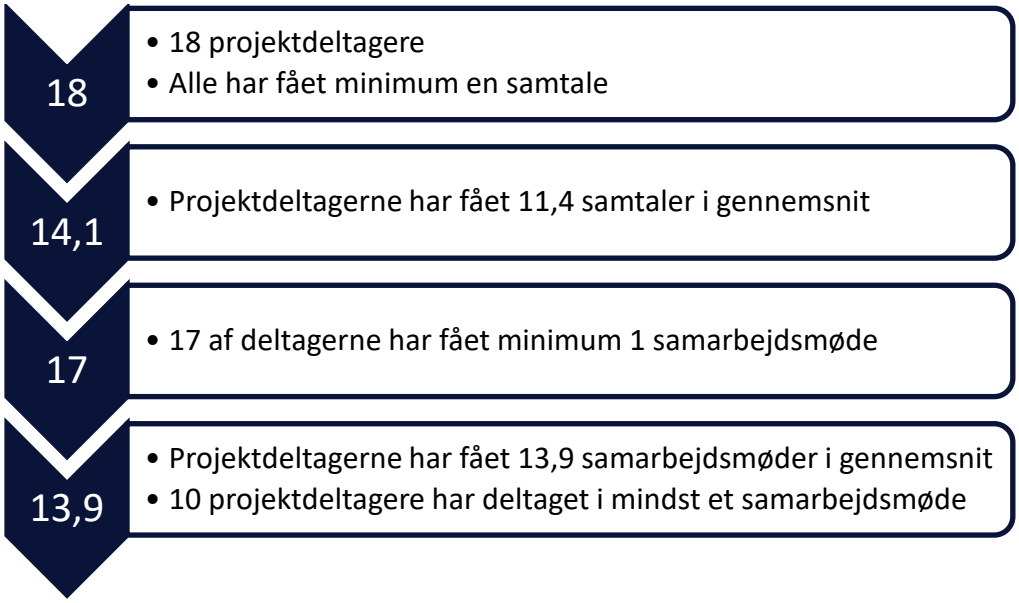
Diagnose: Alle havde afhængighedssyndrom og 78 % havde en skizofrenidiagnose, mens følgende diagnoser optrådte i enkelttilfælde: ADHD, cannabispsykose, emotionel ustabil personlighedsstruktur, angst og lettere mental retardering.

Bor på institution/opholdssted: 88,9 % boede på institution eller opholdssted og mange var indlagt, mens de deltog i projektet. 2 boede alene og stabilt. Af de 16 der boede med andre, svarede15, at de boede med andre, der havde problemer med alkohol eller stoffer. Gruppen var derfor i høj grad omgivet af rusmidler, når de ikke var indlagt på P3.

Førtidspension: Hovedparten af projektdeltagerne (88,9 %) havde fået tilkendt førtidspension, de resterende 11,1 fik kontanthjælp eller uddannelseshjælp ved opstart.

5.5.2/ Aktiviteter

De følgende tal baserer sig på registreringer i logbogen foretaget af projektmedarbejderne og afspejler således alle de interaktioner, som vedkommende havde haft med og omkring projektdeltagerne i projektperioden.



Figur 5.2. Opsummering af samtaleaktiviteter

Det fremgår således, at alle projektdeltagere fik minimum en samtale og 94,4 % (17) fik minimum 1 samarbejdsmøde. Opgørelsen viser også, at der var afholdt mange samarbejdsmøder, hvilket tydeliggør kompleksiteten og behovet for, at samarbejdet er organiseret og koordineret, så møderne bliver en hjælp og ikke en byrde.

Ved projektets afslutning var 13 udskrevet: 3 efter eget ønske, 7 overflyttet til anden afdeling eller fængsel, 3, fordi de var svært psykotiske eller mentalt retarderede.

5.5.3/ Borgernes perspektiv

I det følgende afsnit præsenteres først borgernes perspektiv, som er baseret på TEM (fra samtale til samtale), samt en gennemgang af det kvalitative materiale baseret på de tre besøg i Middelfart. Analysen inddeles i emnerne: Rusmidler, Psykiatri, Hverdagsfunktioner og trivsel samt Samarbejde. Derefter præsenteres medarbejdernes perspektiv baseret på en kvalitativ analyse inddelt i samme fire emner.

Rusmidler

Rusmidler var stort set usynlige i de tal, som projektdeltagerne rapporterede i TEM. Skemaet blev primært anvendt under indlæggelse i projektperioden og på P3 var det muligt at skærme patienterne fra rusmidler[1]. Selvom forbruget var så lavt, at det ikke giver mening med en visuel fremstilling i rapporten, var rusmidlerne allestedsnærværende i de samtaler, CRF havde med projektdeltagere, hvor det kunne opleves som om emnet var uundgåeligt. Det gav en fornemmelse af, at hvis der var rusmidler, ville de uden tvivl tage dem.

De fleste blev udskrevet til bosted eller egen bolig og i det øjeblik åbnede der sig en mere ustruktureret og mindre styret hverdag, hvor rusmidler igen blev en mulighed. Det blev muligt at købe en flaske vodka for 60 kroner og stofhandlerne kom i nærheden af bostederne, så adgangen til rusmidler blev ureguleret og nem.

[1] Der var et enkelttilfælde af hash på afdeling i projektperioden og misbrug af håndsprit og hinandens medicin.

En projektdeltager nærmede sig udskrivning. I noteuddraget nedenfor fortalte han og projektmedarbejderen om, hvad de havde talt om til samtalerne:

> *En projektdeltager sætter sig på stolen overfor og fortæller: "[projektmedarbejderen] er en god behandler".*
>
> *Sammen fortæller de, hvad de taler om: hvad gør stofferne ved en, forandringscirklen, mål og planer. De har eksempelvis lavet en plan for økonomi, hvor de kunne se, at der manglede 500 kroner til mad, fordi han skulle bruge 3000 til rygning. De har også lavet en plan for, når han kommer hjem, som skal bruges til projektdeltagerens udskrivningsmøde den følgende mandag.*
>
> *I udskrivningsplanen stod først, at projektdeltageren skulle lægge ren urinprøve hver uge. Men det ville ikke være muligt for ham at overholde, derfor har de kæmpet for, at han gerne må teste positiv for cannabis, men ikke for andre stoffer. Dette for at gøre det realistisk for ham at overholde. Projektmedarbejderen tilføjer: "det er ikke derfor [pga. cannabis], du bliver indlagt".*
>
> *Til sidst siger patienten: "jeg har lyst til det hele..."*
> (Mand (a), 27 år, baseret på noter fra interview, oktober 2021).

Med "*det hele*", mener projektdeltageren rusmidler og at han gerne vil tage andet end cannabis. Eksemplet viser, at selvom projektdeltageren forstod aftalen og ønskede at overholde den, var han også stadig i en proces og havde brug for meget støtte, motivation og påmindelse, hvis planen skulle holde. Det var desværre ikke muligt at involvere hans kommunale rusmiddelcenter allerede til udskrivningsmødet, da projektdeltageren ikke var indskrevet. Hvis rusmiddelcenteret skulle inddrages, krævede det, at han selv tog derhen efter udskrivning. Eksemplet viser også, at det er vigtigt at have en forståelse for rusmidler og målgruppen, når der arbejdes med at formulere mål og aftaler. Med cannabis som en mulighed, blev planen mere realistisk for ham at overholde, og som projektmedarbejderen tilføjer, var cannabis ikke årsagen til, at han blev indlagt. Det kunne derfor også øge sandsynligheden for, at han kun brugte cannabis og ikke med det samme begyndte at tage forskellige rusmidler.

Dette peger på vigtigheden af at lave små realistiske planer, at få rusmiddelfagligheden tæt på, så den kendte problematik tænkes med og fastholdes. Det kan være svært at hive fagligheder ind før udskrivning, som kan virke støttende i tiden efter udskrivning, fordi vedkommende endnu ikke er indskrevet i de instanser, som skal overtage vedkommende.

Psykiatri

Under indlæggelse tog projektdeltagerne godt imod tilbuddet om samtaler med en rusmiddelbehandler. I følgende citat fortæller en anden ung mand, at han oplevede et stort behov for denne type samtaler i psykiatrien, fordi det var en mangelvare i den indsats, han hidtil havde fået. Uddraget er baseret på noter fra et interview og derfor er ikke alt direkte tale:

> "*han har været i psykiatrien i 6 år og fortæller, hvorfor han er i behandling og også tidligere har forsøgt at få behandling under sin indlæggelse:*

' Der er en forventning om, at man ikke tager rusmidler, når man kommer ud igen, men det har ikke været muligt før nu. Jeg undrer mig over, at jeg ikke har snakket med en psykolog i de 6 år, jeg har været her. Jeg ser også [projektmedarbejderen] som en erstatningspsykolog'.

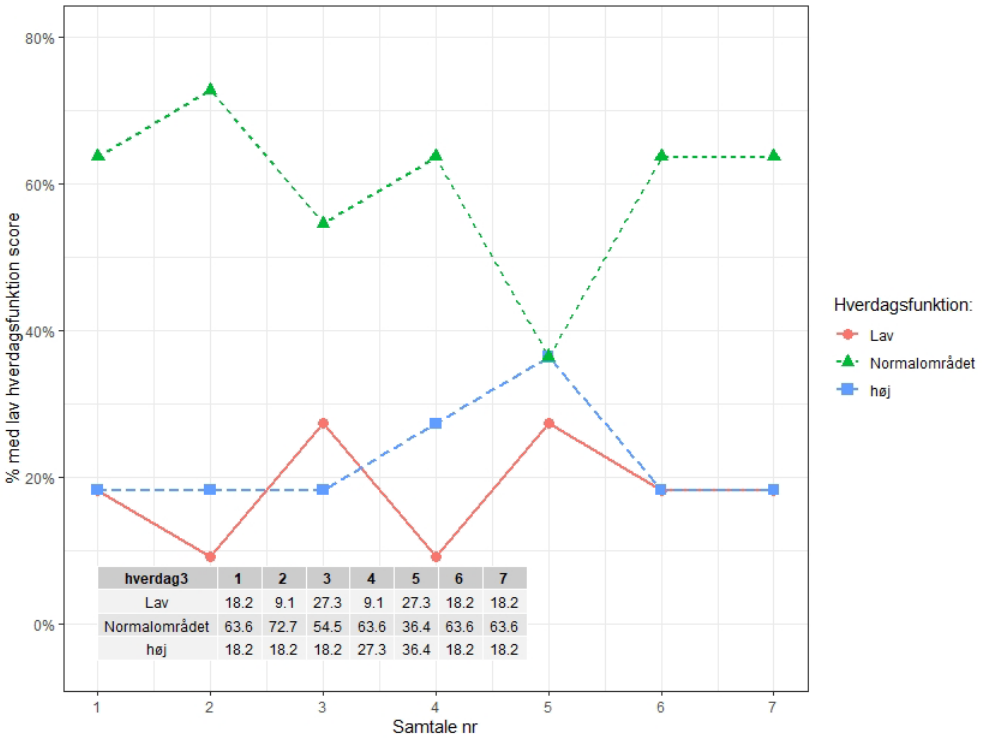
15-20 % af deres snakke handler om misbrug, mens de resterende er om mekanismer, selvværd og andre temaer, som også spiller ind på det at være afholdende. Jeg spørger: 'Hvad er god hjælp for dig?' og han svarer:

'at blive hørt, set på som et menneske. Og lyttet til, fx når jeg har frustrationer, så har jeg brug for, at der er en, der bare lytter til dem.'"
(Mand (b), 27 år, baseret på noter fra interview, oktober 2021).

Projektdeltageren havde god gavn af rusmiddelsamtalerne og fortalte, at de mekanismer og temaer, som de talte om, også hjalp ham til at løsne op i forhold til vrede og frustrationer, fordi de ikke kun arbejdede med rusmidler, men også følelser, tanker og handlinger.

Hverdagsfunktioner og trivsel
Det var svært at anvende TEM med spørgsmålene omkring hverdagsfunktion og trivsel systematisk. Nogle dage kunne projektdeltagerne ikke svare, andre dage kunne de godt, og generelt var oplevelsen, at projektdeltagernes svar kunne svinge meget fra time til time. Redskabet blev forsøgt suppleret med en behandlervurdering, hvor behandleren vurderede, hvordan projektdeltageren havde det, når TEM ikke var muligt at anvende. Der er dog for få til at kunne bringe egentlige analyser i denne rapport. TEM i sin egentlige form blev anvendt mest og også fundet brugbar, men som vi også skal se nedenfor, skal resultaterne læses med en viden om målgruppen.

I figur 5.3 ses, hvordan målgruppens svar fordeler sig i forhold til hverdagsfunktioner: søvn, stå op om morgenen, planlægge sin dag, koncentrere sig, madvaner. Hovedparten 63,6 % falder inden for normalområdet. Idet mange havde brug for meget støtte til netop disse funktioner og til eksempelvis at komme op om morgenen og strukturere deres dag kan det dels tolkes som manglende sygdomsindsigt. En del af forklaringen kan også være, at den støtte de fik på P3, gav dem en oplevelse af, at de bedre kunne klare deres hverdag.



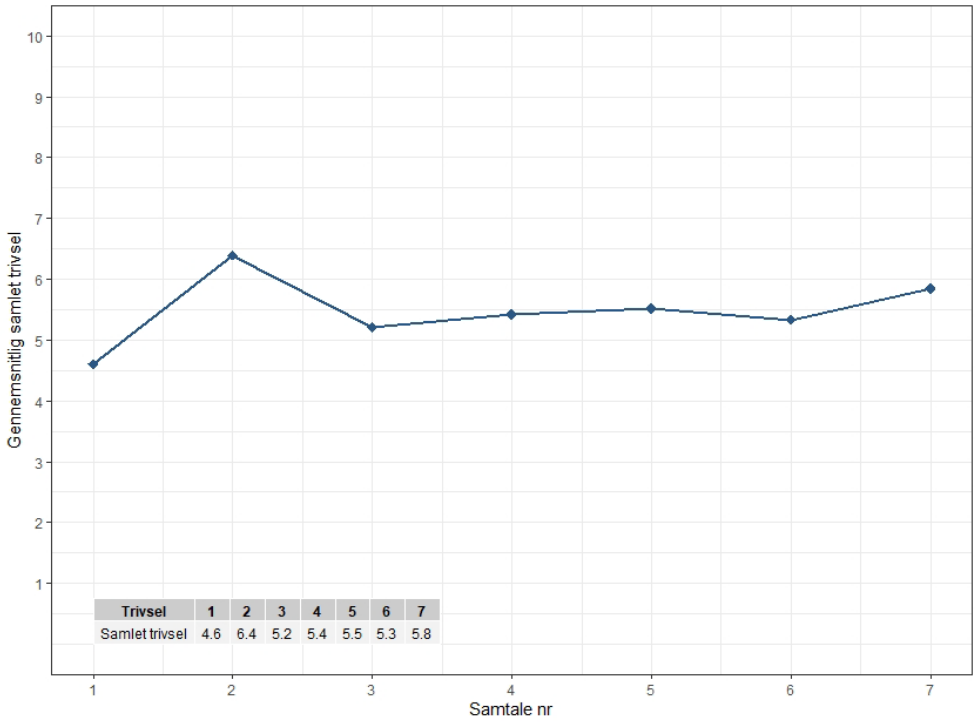
hverdag3	1	2	3	4	5	6	7
Lav	18.2	9.1	27.3	9.1	27.3	18.2	18.2
Normalområdet	63.6	72.7	54.5	63.6	36.4	63.6	63.6
høj	18.2	18.2	18.2	27.3	36.4	18.2	18.2

Figur 5.3 Hverdagsfunktion i ugen op til samtale (LOCF)

I grafen ovenfor bliver det tydeligt, at der er udsving i, hvad projektdeltagerne angiver frem for en udvikling fra eksempelvis lav hverdagsfunktion til normalområdet (til sammenligning, se figur 3.5 i Fredericia). Det bør derfor overvejes om hverdagsfunktioner skal monitoreres på anden måde – f.eks. gennem en behandlervurdering. Statistisk set giver det mere mening at borgeren selv-monitorere sin egen trivsel og forbrug. Forbrugsspørgsmålene giver dog mest mening, når borgerne er på bosted eller i egen bolig fremfor på P3.

Figuren 5.4 viser samlet trivsel og er et udtryk for, hvordan projektdeltagernes trivsel udviklede sig fra første til sidste samtale. Normalværdien for danskernes trivsel er mellem 7 og 8, når vi undersøger på nationalt niveau. Trivsel på under 5 viser tydelige tegn på depression og ensomhed.

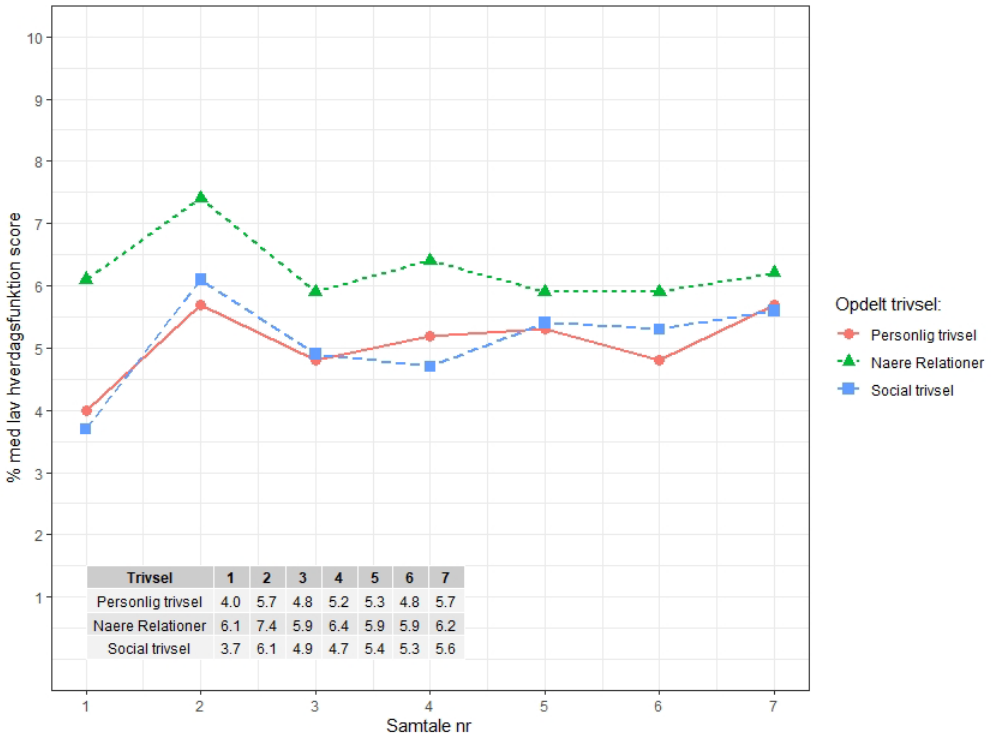
Her ses en mere tydelig graf, hvilket tyder på, at disse spørgsmål rammer målgruppen bedre.



Figur 5.4. Samlet trivsel

Dels ses det, at målgruppen har en lav trivsel, og at denne fortsat er lav ved sidste samtale. Men det er også muligt at se en stigning fra første til sidste samtale – fra 4,6 til 5,8, hvilket tyder på, at projektdeltagerne har gavn af den indsats, der har været i projektperioden.

I det følgende ses de tre trivselsscore adskilt. Det er særligt i personlig trivsel og social trivsel, at vi ser en stigning.



Trivsel	1	2	3	4	5	6	7
Personlig trivsel	4.0	5.7	4.8	5.2	5.3	4.8	5.7
Naere Relationer	6.1	7.4	5.9	6.4	5.9	5.9	6.2
Social trivsel	3.7	6.1	4.9	4.7	5.4	5.3	5.6

Figur 5.5. Opdelt trivsel

Når projektdeltagerne svarede på trivsel i forhold til nære relationer, tænkte de ofte på personalet omkring dem. Langt fra alle havde tætte relationer til deres pårørende.

Samarbejde

Som vi så under aktiviteter, er der 7 af 17 projektdeltagere, som ikke deltog i de samarbejdsmøder, der var omkring dem. Samlet set deltog projektdeltagerne ikke i 81,2 % af de samarbejdsmøder, der blev afholdt omkring deltagerne. Dette er høje tal, men målgruppen taget i betragtning, skal det ses som et udtryk for, at samarbejdsmøder og nettet af samarbejdspartnere omkring borgerne kan være uoverskulige for borgerne, særligt i perioder med manglende overskud eller svær psykose. Oplevelsen i projektet var også, at det nogle gange kunne være svært for projektdeltagerne at skelne de forskellige roller fra hinanden og vide, hvor de skulle gå hen med eksempelvis et ønske om mere medicin.

At samarbejdet er komplekst viste sig særligt i overgangene fra indlæggelse til bosted eller omvendt. Et nyt net af personer og fagligheder skulle tage over og hjælp kunne først igangsættes, når projektdeltageren var blevet indskrevet – hvilket i nogle tilfælde ville kræve, at projektdeltageren selv bevægede sig hen til indsatsen og altså tog kontakt. Dette i sig selv kunne være en barriere af dimensioner. I eksemplet nedenfor skal vi se, hvorfor det bliver meningsfuldt særligt at arbejde sammen på tværs i tiden omkring indskrivning og udskrivning fra psykiatrien:

"[*En projektdeltager*] *har netop været indlagt i 14 dage på P3. Han har fået en patientstyret*[2] *seng og kan derfor selv vælge at blive indlagt. Han havde drukket meget og injiceret amfetamin i begge hænder 'det var blevet for vildt', som han udtrykte det. Han havde store kropslige reaktioner og var bange og havde indlagt sig selv for at få ro på.*

På dagen for hans udskrivning kom en kontaktperson i tanke om, at han kunne have gavn af Campral for at tage trangen til alkohol. De kunne ikke nå at udskrive medicin fra psykiatrien, før han formelt var udskrevet fra psykiatrien. Lægen på rusmiddelcenteret kan heller ikke udskrive det, fordi projektdeltageren ikke får socialfaglig behandling og derfor heller ikke kan få medikamentel behandling. Der skal nu holdes et møde for at undersøge, om der er en, der kan og vil udskrive det"
(Mand (c), 44 år, baseret på noter fra besøg, oktober 2021).

Medicinen kunne være med til at gøre, at projektdeltageren drak mindre, når han kom tilbage til bostedet og dermed skabe mere stabilitet omkring ham. Eksemplet viste, at det krævede mange ressourcer og et samarbejdsmøde alene for at finde frem til, hvem der eventuelt ville kunne hjælpe med dette.

5.5.4/ Medarbejdernes perspektiv

Rusmidler
Som vi før har nævnt, var denne målgruppe meget præget af tanker om rusmidler, og gruppen havde ofte også i massivt stofbrug, når de ikke var indlagt på psykiatrisk afdeling. Der var derfor et stort ønske om behandling. Rusmiddelcentret blev anset som en vigtig aktør i dette projekt, fordi rusmiddelcenteret havde ansvaret for rusmiddelbehandling til projektdeltagerne, når de var i egen bolig eller på bostederne.

Erfaringen fra projektperioden var, at det ambulante rusmiddelcenter i Middelfart havde svært ved at rumme denne målgruppe. De havde i forvejen mange borgere indskrevet per medarbejder og ikke mulighed for at lave en fremskudt indsats til målgruppen, desuden oplevede de, at deres tilbud ikke harmonerede med målgruppens behov.

"*[Rusmiddelbehandlerne] kan ikke se sig selv holde samtaler med vores borgere, og det kan jeg virkelig godt forstå. Rusmiddelcentret er bygget op som et almindeligt ambulatorie, hvor man skal kunne gå selv og komme til tiden. Vi har forsøgt at tilknytte to af projektdeltagerne dertil og den ene er forsøgt afruset et par gange, men det duer ikke. Og den anden havde tre samtaler, og så blev han afsluttet, fordi han er så associationsspringende. Nu er vi ved at snakke om, at vi måske kan indskrive de her projektdeltagere på bostederne i behandling, men hvor ydelsen er konsulentbistand. Sådan at de også kan være med til at inspirere medarbejderne på bostederne og komme med deres viden*" (Projektmedarbejder, interview op til projektafslutning)

[2] En patientstyret seng er en seng, hvor en borger selv kan vælge at blive indlagt og psykiatrien skal i så fald tilbyde en seng indenfor 24 timer.

Der blev søgt andre veje for at tilbyde behandling til målgruppen og en mulighed var, at borgerne blev indskrevet i ambulatoriet, hvor tilbuddet bestod af konsulentbistand og lægehjælp, således at medarbejderne tæt på projektdeltagerne kunne søge rådgivning og projektdeltagerne kunne få adgang til medikamentel behandling.

Sideløbende afprøvede de via projektmedarbejderen at bringe rusmiddelfagligheden tæt på projektdeltagerne, særligt på P3 fik de afprøvet dette og det var der gode erfaringer med:

> "*det der i projektet går bedst, er rusmiddelsamtaler på P3. Og undervisning og interesse fra personale i rusmiddelbehandling i det hele taget i psykiatrien. Jeg bliver inviteret til alle mulige afdelinger og temadage og teammøder osv. Alle i psykiatrien vil helt vildt gerne høre om rusmiddelbehandling*" (Projektmedarbejder, interview et halvt år efter projektstart)

Det blev oplevet som meningsfuldt at få rusmiddelfagligheden derhen, hvor projektdeltagerne var og havde deres dagligdag. At kunne tage samtalerne, når borgerne var motiverede for det. Projektdeltagerne efterspurgte selv samtalerne og ville gerne deltage.

En del fokuserede på motivation, problemløsning og anerkendelse, mens det i nogle forløb også var muligt at arbejde med mål og behandlingsredskaber. Tilgangen på P3 var baseret på metoder fra traditionel rusmiddelbehandling: samtalemetoder som motivational interviewing og kognitiv adfærdsterapi samt medikamentel behandling. Selve forløbene og samtalerne med projektdeltagerne havde deres egne regler (struktur i samtaler, fremmøde, motivation etc.), hvilket udfordrede behandlingsforløbene. Projektmedarbejderen foreslår, at der udvikles en manual, der beskriver, hvordan der kan arbejdes med denne specifikke målgruppe i et behandlingstilbud.

Psykiatrien

Der var et ønske fra personalet i psykiatrien til at lære om rusmidler samt få den faglighed integreret i den psykiatriske behandling. I projektet blev plejepersonale undervist i rusmiddelsamtaler og relevante metoder i læringsværksted (7.0 Bilag). Undervisningen handlede om at få nogle konkrete redskaber til samtalerne og få nedbrudt barrierer, så det blev nemmere at tage samtalerne. Som det næste citat viser, var der en bevægelse i gang, hvor de var ved at etablere en ny tilgang til rusmidler, hvor de i højere grad åbnede op for at arbejde med temaet fremfor at prøve at forhindre det:

> "*Problemet har jo hidtil været, at på trods af, at det er en problemstilling, som vi bruger enormt mange ressourcer på, og forholder os til og prøver at forhindre, så bliver der ikke gjort ret meget for at behandle patienternes misbrug. Det er primært, at vi laver visitationer og låser døren. Det er jo de rammer, vi kan stille op. Men at få en snak med patienterne om, hvorfor de misbruger og hvad det gør for dem og så videre, det kan være det, der mangler*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

Erfaringen på P3 var, at det ikke nyttede at komme med restriktioner, men at det krævede nye redskaber for at kunne arbejde med rusmidlerne.

> *"Projektet har bidraget til en forståelse af, at misbrugsbehandling ikke bare er enten eller. Altså stoffrihed eller misbrug. At der også kan gøres forskelligt i forhold til skadesreduktion på alle mulige planer, altså helt lavpraktisk og pædagogisk*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

Det lavpraktiske og pædagogiske linker videre til hverdagsfunktion og trivsel, hvor vi skal dykke ned i projektdeltagernes behov for støtte.

Hverdagsfunktion og trivsel

I dette afsnit præsenteres en projektdeltager, hvor der var gode erfaringer med at støtte op om hans hverdagsfunktioner. Denne beskrivelse viser, hvad det kan kræve for at skabe stabilitet for en borger i denne målgruppe.

En projektdeltager havde haft mange genindlæggelser og kunne karakteriseres som 'svingdørspatient'. Som en del af projektet fik han et såkaldt intensivforløb med en længere indlæggelse på P3, hvor de fik forskellige fagligheder i spil for at se, om de kunne stabilisere ham. Medarbejderne tog fat i hans dagligdagsproblemer (mangel på cigaretter, løb tør for penge, konflikt med personale og beboere, solgte sine ejendele og blev snydt af andre beboer). De hjalp ham med økonomistyring (daglig udbetaling), hygiejne (regelmæssigt bad, nyt tøj), udredning ved psykolog, diætist, beskrev hvad der udfordrede hans motivation og justerede hans medicin samt substitution.

> "*Netop personlig hygiejne var afgørende, vi kunne jo se, når han blev indlagt, at de andre patienter gjorde nar af ham og drillede ham. De tog afstand fra ham socialt, fordi han ikke gik i bad, og han gik ofte i for småt sygehustøj med pletter på. Vi fik lavet en struktur, hvor han kom i bad regelmæssigt, og han kom ud og fik købt nyt tøj. Det hjalp meget på hans selvfølelse, og faktisk også på hans funktion i afsnittet. Tidligere har han været enormt plæderende for at få medicin i forskellige arter. Han er helt oplagt sådan én, der har vænnet sig til at styre følelserne ved at tage et eller andet, der føles af et eller andet. Og hvis man ikke kan få det, som man plejer at kunne få, når man er ude, så kan man få noget medicin. Og det var også noget af det, som der blev taget mere stilling til. At det ikke er sådan en adfærd, vi skal opretholde ved at gå med på det. Så der blev startet noget andet medicin op, og så lykkedes det os faktisk. Han blev ved med at spørge, men han accepterede, at vi sagde nej til det. Og det er også noget af det, der ofte har været konflikter om på bostedet. Så det er også et lille, men et ret vigtigt skridt i forhold til, at der ikke opstår konflikter mellem patienten og personalet på bostedet*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

I forløbet fokuserede de således på at stabilisere ham både medicinsk, men også socialt og adfærdsmæssigt. Efter en periode begyndte hans kontaktperson fra bostedet at deltage i møder og tage ham på små ture til bostedet. Det blev begyndelsen på det tværsektorielle samarbejde, som startede 3 måneder, før han blev udskrevet og fortsatte efter udskrivning. De involverede parter i dette samarbejde var kontaktperson fra bostedet, læge fra Projekt "Lighed i Sundhed"[3], personale fra distriktspsykiatrien og psykiatrisk afdeling P3 samt socialrådgiver.

[3] Projektet skal sikre udredning og adgang til lægehjælp for målgruppen.

Efter første udskrivning var projektdeltageren stabil i længere tid. Før projektperioden var han indlagt 1-2 gange om ugen, hvorimod der gik 2 måneder efter første udskrivning, før han blev indlagt igen. Desuden var der en mærkbar forskel i forhold til hans frustrationsniveau, som aldrig blev lige så slemt og han fik en bedre relation til de ansatte på bostedet. Efter udskrivningen kunne projektdeltageren også selv mærke, om han havde behov for indlæggelse, hvilket gjorde det muligt for medarbejderne på bostedet at tale med ham om indlæggelse. Før intensivforløbet i projektet, blev han meget frustreret og udadreagerende, før han blev indlagt.

Medarbejderne oplevede i det hele taget, at projektdeltageren var blevet bedre til at behovsudsætte og acceptere et nej. Sundhedsmæssigt var han blevet udredt og startet i behandling for eksempelvis neglesvamp. Bostedet bakkede op om nogle af de tiltag, der skulle skabe mere struktur for ham, eksempelvis daglig styring af økonomi og hjælp til at falde i søvn om aftenen.

> "*Alle kan blive enige om, at det måske ikke er en patient, vi får stoffri. Det er ikke særligt sandsynligt. Men vi kan sætte ind på nogle af de andre ting. Og hjælpe ham med, at der i det mindste er styr på de mest basale fornødenheder. Det er ikke noget, man kan gøre på en uge. Det har været i lange seje træk*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

> "*Den erfaring og de fællesmøder, der har været omkring den her ene projektdeltager har åbnet dørene for, at det giver god mening fremadrettet at gøre det på denne her måde*" (Projektmedarbejder, interview op til projektafslutning)

Det skete således en forandring i samspillet mellem det medikamentelle, socialfaglige og det praktiske pædagogiske omsorgsarbejde, hvor projektdeltageren først blev udredt og stabiliseret under indlæggelse. Der blev opbygget et tværsektorielt samarbejde undervejs for at skabe nogle strukturer, som kunne være de samme både under indlæggelse og efter udskrivning (eksempelvis medicinering, økonomistyring, køb af cigaretter, lægehjælp) og sikre, at alle medarbejderne omkring ham arbejde i samme retning omkring de små lavpraktiske planer og sammen kunne motivere ham.

Et greb til dette er et udvidet fokus på borgerens overgange og kontaktflader og et forsøg på at integrere de forskellige tiltag, der er omkring den enkelte borger. Dette vil blive uddybet i det næste afsnit omkring samarbejde.

Samarbejde

Et fokus på overgange mellem indsatser, krævede et samarbejde mellem de forskellige indsatser og praksis kan være svær at etablere, men kan samtidig også tænkes lavpraktisk:

> "*At få spurgt bostedet, når vi får patienterne ind: hvad de har oplevet de sidste to måneder op til, at borgeren blev indlagt. Hvad der nu er relevant, hvad arbejder de med eller har problemer med og så drage det ind, når vi behandler i psykiatrien. I stedet for kun at se på det, der er psykiatrirelevant, og så er det dét, vi gør noget ved. Med den konsekvens, at vi sender patienterne ud til de samme adfærdsproblemer eller sociale problemer, der har været tidligere*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

Dette ses som et udtryk for, at psykiatrien arbejder på i højere grad at integrere de udfordringer, de oplevede på bostederne i behandlingen på psykiatrisk afdeling. Samtidig gav det god mening, at bostedet besøgte projektdeltagerne under indlæggelse, så der var en relation for projektdeltagerne at komme ud til ved udskrivning. Dette var ikke altid muligt med denne målgruppe og der bør hele tiden skeles til, hvad den enkelte kan overskue at forholde sig til og være med til. For meget uro kan skade patienten og dermed også relationen.

Fordelen ved at forsøge at arbejde i samme retning på bosted såvel som i psykiatrien var, at det kunne gøre det lettere for projektdeltageren at bevæge sig mellem det frie liv i egen bolig eller på bosted og det strukturerede og lukkede liv på psykiatrisk afdeling. Det var meget forskellige rammer, som de skulle leve under og målet var at skabe så meget struktur og stabilitet under indlæggelse og derefter få noget af den stabilitet og struktur til at glide med ud i egen bolig eller på bosteder. Både for at skabe mere stabilitet udenfor psykiatrisk afdeling, men også en vis grad af genkendelighed for borgerne.

Oplevelsen var, at det lykkedes at skabe vidensdeling og professionelle teams på tværs i enkelttilfælde

> "*det er da lykkedes at lave nogle fælles koordinerende indsatsplaner for tre af projektdeltagerne. Og få holdt fællesmøder osv.*" (Projektmedarbejder, interview et halvt år efter projektstart)

I projektet var der en oplevelse af, at hvis samarbejdet skulle lykkes på et mere strukturelt plan, krævede det en involvering fra ledelsen:

> "*Det var nok mest de kommunale ansatte, der snakkede om, at man er nødt til at få nogle af dem, der bestemmer, til at gå med på, at man skal være lidt pragmatisk i forhold til de her personer. Altså at der skal være nogle, der er villige til, at man ikke skal følge alle paragraffer fuldstændig, eller at man kan tænke på en anden måde, end man plejer at gøre. Hvis de fik noget mere snor, så kunne det komme til at gå.*" (Overlæge P3, interview op til projektafslutning)

Erfaringerne fra projektet var, at hvis samarbejdet for alvor skulle blive tværsektorielt og indsatserne sammenhængende, så krævede det flere beføjelser til de medarbejdere, der arbejdede direkte med målgruppen samt ledelsesmæssig opbakning og tilskyndelse fra ledelsen.

> *"Jeg ved også, at det kræver ledelsesmæssig forankring. Og jeg ved, at det kræver, at dem, der er med i projektet, også får de beføjelser, de skal bruge for at kunne korrigere frit. At de kan sige: 'hvis jeg vurderer, at han skal til lægen og det er nu, så kører jeg bare med ham. Fordi det giver mening. Fremfor den med, at vi ikke må køre ud af huset. Den frihed skal medarbejderne også have. De skal ikke være låst af, at det plejer vi ikkesådan har vi aldrig gjort før*" (Projektmedarbejder, interview et halvt år efter projektstart)

Desuden nævnes en praktisk omend betydningsfuld barriere, som kunne give anledning til mange frustrationer: forskellige kommunikationssystemer og forskellige kalendersystemer. Dertil kommer, at flere faggrupper omkring projektdeltagerne arbejdede i vagter på forskel-

lige tidspunkter af døgnet. Der kan derfor arbejdes videre med at undersøge, om der kan skabes nogle strukturer og systemer, som ikke afhænger af, om den enkelte medarbejder har fået åbnet sin mail eller er på arbejde dagen for et eventuelt samarbejdsmøde.

Vidensdeling og temadage endte ikke med at gøre den store forskel for det tværfaglige samarbejde i selve projekt, men blev anset som en vej til et fælles sprog og retning samt en forståelse for hinandens fagligheder og omstændigheder.

En sidste væsentlig strukturel barriere for samarbejdet er presset på psykiatrien:

> "*Lige nu har de [på et af bostederne] fire, de gerne vil have indlagt*" (Projektmedarbejder, februar 2022)

> "*der er jo rigtig mange af de borgere her som trækker 80 % på vores ydelse, fordi de er så komplekse som de er. Og samtidig er en kæmpe risiko også for det omgivende samfund, og årsag til nogle gange arbejdsulykker og andet, fordi de i deres fremtoning og adfærd gør det de gør, dels i deres sygdom, men særligt så også med deres sygdom og deres misbrug. Det er jo der de bliver potentielt farlige.*" (Charlotte Josefsen, administrerende direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark)

Det er derfor meget vigtigt, at de tværfaglige samarbejder har et fælles sigte med at stabilisere borgerne samt at medarbejderne omkring denne gruppe får en følelse af, at de passer på hinanden og hjælper hinanden.

> "*At vi ikke slipper noget eller lukker en dør, førend vi ved, at der er en anden, der har fat. Eller før vi har beroliget vedkommende med, at vi gerne vil høre, hvad de siger, og gerne vil hjælpe dem. Det der med, at overbevise dem om, at vi gerne vil hjælpe dem. Der er de jo også mange af dem, virkelig traumatiseret, altså fra for lang tid tilbage.*" (Projektmedarbejder, interview et halvt år efter projektstart)

Projektdeltagerne havde ofte svært ved at navigere i de mange forskellige roller omkring dem og havde derfor også svært ved, hvem de skulle spørge til om hvad. Dette kunne i sig selv give anledning til frustration, hvorfor det er så vigtigt at berolige og støtte disse borgere.

5.6/ Perspektiver

- Sigte mod at stabilisere borgere, når de er i behandling i psykiatrien og inddrage de adfærdsmæssige og sociale aspekter på lige fod med de medicinske. Efter udskrivning kan en patientstyret seng give mere autonomi, stabilitet og sikkerhed til borgeren samt beføjelse til medarbejderne omkring borgerne

- Opstartsmøder og udskrivningsmøder med fokus på at skabe struktur, stabilitet og genkendelighed for borgerne samt at der arbejdes med de samme adfærdsmæssige, sociale og medicinske problemstillinger og mål

- Koordinerende møder undervejs, når dette kan lade sig gøre og det vurderes, at det vil gavne relationen til borgeren

- Få rusmiddelfagligheden hen til borgerne, så medarbejderne omkring borgerne tænker denne problematik ind i arbejdet med borgerne og har mulighed for at tage samtalerne og motivere, når borgerne er åbne for det.

Sammenfatning

Afslutningsvist præsenteres først tre centrale temaer, som det er vigtigt at forholde sig aktivt til, når erfaringerne fra pilotprojektet om behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelbrug i Region Syddanmarks skal udbredes. Dernæst opsummeres de positive læringspunkter fra de tre delprojekter, som alle har bidraget med en stor indsats til udvikling af dobbeltdiagnoseområdet.

1. Målgruppe afklaring

Der vigtigt med en grundig afklaring i forhold til målgruppe. Målgruppen skal være defineret tydeligt fra første dag, og der skal være en viden om, at målgruppen eksisterer samt hvordan den kan rekrutteres. Dermed kan samarbejdspartnerne også gøres klar, så de kan være med til at rekruttere fra projektstart.

> "*De første tre uger fik vi at vide, at vi bare selv kunne definere aldersgruppen, og så gjorde vi det. Og så fik vi efter tre uger herefter at vide, at vi ikke måtte gå under 20 år. Så vi har også nået at være med til at forvirre vores omgivelser, kan man sige, på hvem målgruppen egentlig er*" (Projektmedarbejder, Fredericia).

En stor udfordring var at finde borgere over 20 år, som havde behov for en forebyggende indsats på dette område. Spørgsmålet er, om borgere over 20 år med psykiske udfordringer og rusmiddelbrug ofte nærmere har behandlingskrævende behov, og at der skal arbejdes opsøgende på at de vedholder eller får kontakt til systemet?

2. Hverdagsfunktioner og relation

Det er kendetegnende for projektdeltagerne i alle tre delprojekter, at de har udfordringer i forhold til hverdagsfunktioner og trivsel. Der bør derfor være et særligt fokus på at dette, herunder et særligt fokus på at opbygge en relation og motivere i de forskellige indsatser.

Tværsektorielle samarbejder er udfordrende i sig selv, men overgangene mellem forskellige systemer udfordrer også den enkelte borgers relation og tillid til medarbejderne omkring dem, fordi de skal starte forfra. Det er derfor vigtigt at hjælpe borgerne rundt i systemet og sørge for, at de ikke bliver tabt i overgangene. Det er vigtigt ikke at give slip på kontakten, før en anden medarbejder har rigtigt fat.

> "*Drømmescenariet ville være et møde [i psykiatrien] en gang om ugen i hvert fald. Det var der også, da jeg gik i et forløb med min [diagnose]. Der var vi der i en time-halvanden time, snakkede lidt og hørte, hvordan folk havde det. Det synes jeg fungerede rigtig godt*" (Kvinde, 22 år)

Det tager tid at opbygge en relation til denne målgruppe. Deres udfordringer er komplekse, og det tager tid at skabe stabilitet og struktur, hvilket er forudsætningen for at kunne skabe forandringer, derfor er det også vigtigt at være varsom med korte projektperioder.

3. **En integreret organisering af indsats**

Projektet viser også, at det er vigtigt, at der arbejdes med at etablere en integreret organisering af det tværsektorielle samarbejde og indsatser, der er integreret i de eksisterende systemer uden en slutdato. I forhold til videre udbredelse af projektets resultater, er det vigtigt at afsætte tid til forberedelse og forventningsafstemning med de involverede parter, og det er vigtigt at overveje om det organisatoriske set-up er klar eller skal gøres klar inden en samarbejdsmodel implementeres.

Ledelsesmæssigt skal der følges op og stilles krav til alle samarbejdspartnere, og der skal gives beføjelser og beslutningskompetence til de medarbejdere, der er involveret i arbejdet. Det kan være hensigtsmæssigt at udarbejde samarbejdsaftaler med de relevante samarbejdspartnere, hvor der indgår målgruppeafklaring og forventningsafstemning til det konkrete samarbejde inden projektet går i gang. Både psykiatri, kommunale bosteder og rusmiddelbehandling er i forvejen pressede systemer, som kæmper for at passe driften, hvorfor korte projekter, hvor organisationerne ikke er parate kan virke uoverstigelige:

> "*Det gælder i hvert fald for psykiatrien, vi har millioner af forskellige ting, vi skal, millioner af projekter, der kommer ind over hovedet på os, som vi skal implementere, og vi skal sørge for sikkerhed og alt muligt, forbedringsmodel, sikker psykiatri og så videre. Og selvom man gerne vil, så bliver man konstant stimuleret. Så det svære er nogle gange at holde fokus, eller finde ressourcer*" (Psykiatrisk overlæge, Akutmodtagelsen)

Esbjerg-modellen har vist, at det kan gøre en stor forskel for de involverede medarbejdere, når organisationerne virkelig prioriterer dette samarbejde.

På trods af corona og en kort projektperiode, var der en række positive fund i de tre delprojekter:

- Relation, opsøgende og håndholdt indsats er afgørende komponenter for at motivere og fastholde målgruppen. Desuden er det virksomt at fokusere på at stabilisere borgerne og skabe en hverdagsstruktur, hvor borgeren er den styrende part i samarbejdet.

- Særligt blandt de retspsykiatriske patienter er det afgørende at få rusmiddelfagligheden hen til borgerne, så medarbejderne omkring borgerne tænker denne problematik ind i arbejdet med borgerne og har mulighed for at tage samtalerne og motivere, når borgerne er åbne for det.

- Borgernes udfordringer skal ikke anskues som enkeltstående udfordringer. I stedet skal en sammenhængende behandling inddrage de adfærdsmæssige, sociale og medicinske aspekter på lige fod.

- En patientstyret seng giver mere autonomi, stabilitet og sikkerhed til borgeren samt beføjelser til medarbejderne omkring borgerne. En patientstyret seng er især gavnligt

efter en intensivindlæggelse med fokus på virkeligt at stabilisere borgeren og opbygge et tværsektorielt samarbejde.

- Et fokus på fleksibilitet og smidighed, hvor de eksisterende indsatser udfordres, så borgerne hjælpes bedre. Afsøge mulighedsrummene indenfor de etablerede tilbud, rammer og lovgivning.

- Et fokus på overgange, hvori kontakten til borgeren opretholdes, er vigtig. Kontakten og relationen skal fortsætte, og kontinuiteten skal være til stede.

Endvidere er der med pilotprojektet blevet allokeret flere ressourcer til dobbeltdiagnoseområdet, og der er dermed blevet sat fokus, både politisk og konkret, på en overset borgergruppe samt på dobbeltdiagnoseområdet. Der var et stort engagement blandt medarbejderne i projektet, dette mærkede vi tydeligt som evaluatorer, men det blev også fremhævet af borgerne i de kvalitative interviews.

6.0 Litteratur

Fynbo, Lars, Katrine Syppli Kohl, Nicolai Nybro Hansen & Kristian Haulund Jensen (2021): Screening af rusmiddelbehandling til de mest udsatte unge. Kvalitativ kortlægning af, hvordan MOVE-manualen kan tilpasses unge med samtidigt stofmisbrug, psykisk lidelse og/eller alvorlige sociale problemstillinger. Rapport udgivet af VIVE - Viden til Velfærd. København K.

Benjaminsen, Lars og Morten Holm Enemark (2020): Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug. Rapport udgivet af VIVE - Viden til Velfærd. København K

Bjerge, Bagga og Esben Houborg (2019): Introduktion I: Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder. Redigeret af Bagga Bjerge og Esben Houborg. Aarhus Universitetsforlag.

Bjerge, Bagga, Louise Christensen og Jeppe Oute (2020): Complex cases – Complex representations of problems. *International Journal of Drug Policy 80 (2020).*

Johansen, K. S. (2018). Treatment of Dual diagnosis in Denmark –Models for Cooperation and Positions of Power. Qualitative Studies, 5(2), 125-139.

Johansen, Katrine Schepelern Johansen & Birgitte Thylstrup (2022): Hvad har vi lært af 15 års projekter på dobbeltdiagnoseområdet? Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, Mads Uffe & Michael Mulbjerg Pedersen 2018: MOVE. 21 måneder efter indskrivning. Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning.

Udmøntningsnotat 29. maj 2020. Psykiatrien i Region Syddanmark: Udmøntningsnotat: Pilotprojekt for mennesker med misbrug og svær psykisk sygdom. Journalnr. 20/19277. Økonomi- og planlægning

7.0 Bilag: Læringsværksted