

Martin Sandberg Buch, Pernille Thygesen og Katrine Schepelern Johansen

Tværasektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug

Kvalitativ evaluering af det tværasektorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup

O

K

K

O

R

A

Tværsæktorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug – Kvalitativ evaluering af det tværsæktorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-837-6
Projekt: 10674
Marts 2015

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

God behandling af mennesker med samtidig psykisk sygdom og misbrug – kaldet dobbeltdiagnose – er en vanskelig udfordring for vores behandlingssystemer. Dels er behandlingen ofte delt mellem flere instanser – regional psykiatrisk behandling og kommunal misbrugsbehandling, dels er gruppen i sig selv vanskeligere at behandle, da de to lidelser gensidigt forstærker hinanden, og fordi behandlingen vanskeliggøres af de komplekse samspil mellem den psykiske lidelse og misbruget.

I disse år afprøves en række forskellige måder at organisere behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose for at sikre målrettede behandlingstilbud, hvor borgerne tilbydes forskellige former for integreret behandling. Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup, som denne evaluering beskæftiger sig med, er et sådant behandlingstilbud.

Vi er i KORA meget glade for at have fået mulighed for at evaluere det tværsektorielle samarbejde omkring Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug. Det er et spændende tiltag, der har arbejdet i et vanskeligt område mellem forskellige sektorer og med en målgruppe, der i høj grad har brug for kvalificeret behandling. Klinikken har givet et bud på, hvordan behandlingen kan udformes, og arbejdet peger på en række af de udfordringer, der fortsat ligger i det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med dobbeltdiagnose. Vi vil gerne takke de forskellige informanter fra psykiatri, misbrugsbehandling og kommuner, der har deltaget i evalueringen og fortalt om deres erfaringer med arbejdet.

Forfatterne
Marts 2015

Indhold

Resumé	5
1 Evalueringens baggrund og metode.....	8
1.1 Indledning og baggrund	8
1.2 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål	9
1.3 Evalueringens design	9
1.4 Rapportens opbygning	12
2 DD-projektets organisering og indhold	13
2.1 Baggrund og projektorganisation.....	13
2.2 Organiseringen af DD-forløbet	15
3 Erfaringer med at omsætte projektet til praksis	19
3.1 Henvisning og inklusion af patienter	19
3.2 De deltagende aktørers rolle i opsporing og henvisning	21
3.3 Samarbejdet omkring forsamtaler og rusmideledikation	25
3.4 Kommunikationen mellem DD-klinik og kommuner.....	28
3.5 Opsamling og delkonklusion	31
4 Deltagernes perspektiver på DD-projektets resultater.....	33
4.1 DD-projektets tidlige faser	33
4.2 Faglige modsætninger mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien	35
4.3 Fremadrettet læring af forløbet	38
4.4 Opsamling og delkonklusion	38
5 Konklusion og anbefalinger	40
5.1 DD-projektets implementering	40
5.2 DD-projektets udformning og organisering	41
5.3 Diskussion og fremadrettede anbefalinger	41
5.4 KORAs (og interviewdeltagernes) anbefalinger.....	43
Litteratur	44
Bilag 1 Eksempel på anvendt interviewguide.....	45
Bilag 2 DD-projektets visitationskriterier	47
Bilag 3 Notat fra analyseafdelingen i KABS	48
Bilag 4 Deltagere i projektets styregruppe og projektgruppe.....	50

Resumé

Baggrund og formål

Det er i dag veldokumenteret, at behandling af mennesker med samtidig sindslidelse og misbrug af alkohol og/eller stoffer – også kaldet mennesker med en dobbeltdiagnose – bør foregå integreret for at opnå den bedste effekt. Det vil sige, at den psykiske lidelse og misbruget behandles samtidigt i et samlet forløb. I Danmark anbefales det, at mennesker med alvorlig psykotisk sindslidelse (fx skizofreni) og misbrug primært skal behandles integreret i den regionale psykiatri, mens mennesker med et alvorligt misbrug og en mindre alvorlig sindslidelse (fx angst eller lettere depression) primært skal behandles integreret i det kommunale misbrugssystem.

Det efterlader imidlertid en relativt stor midtergruppe af dobbeltdiagnosticerede, hvor der fortsat er uklarhed omkring behandlingsansvaret. Et af de nyeste projekter inden for dobbeltdiagnoseområdet, der fokuserer på netop denne midtergruppe, er: 'Projekt om tværsektorielt samarbejde om indsatsen over for mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug' (herefter omtalt som DD-projektet), der er forankret på Psykiatrisk Center Glostrup. DD-projektet løber i perioden 2013-2014, og ifølge projektbeskrivelsen er formålet: "At etablere et integreret behandlingstilbud til patienter med ikke-psykotiske lidelser og misbrug for at sikre, at patienterne bliver udredt og behandlet for både den psykiatriske lidelse og misbruget – og at dette sker integreret".

Denne evalueringsrapport sætter fokus på det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, som har skullet udvikle og understøtte DD-projektet. Formålet har for det første været at understøtte udviklingen af DD-projektet undervejs i projektperioden. For det andet skal evalueringen opsamle og videreformidle erfaringer fra projektet, således at andre, der arbejder med lignende indsatser, kan få nytte af den viden, der er skabt i DD-projektet. Med dette afsæt undersøger evalueringen, om DD-projektets organisering, opsporing af relevante patienter, kapacitet og inklusionskriterier har fungeret som forventet, samt hvilke udfordringer og løsninger der er arbejdet med undervejs i projektet.

Evalueringens resultater

Evalueringen viser, at der på den ene side er skabt en regional DD-klinik med et velfungerende tilbud til DD-patienter. De involverede parter forventer således også, at tilbuddet har en positiv effekt for de patienter, der inkluderes. På den anden side viser data fra DD-projektet og interviewene, at antallet af inkluderede patienter er væsentligt lavere end forventet, samt at målsætningen om styrket samarbejde og koordinering på tværs af den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling ikke er indfriet. De forhold, som har stået i vejen for de opstillede succeskriterier, er opsummeret nedenfor.

Opsporing og henvisning af relevante patienter har voldt problemer, fordi:

- der på tværs af parterne har været uenighed omkring projektets udformning i forhold til, hvor integreret samarbejdet mellem misbrugsbehandling og Psykiatrisk Center Glostrup skulle være
- det har været mere kompliceret end først antaget at forankre en opmærksomhed på DD-projektet i kommunerne
- det er vanskeligt at forankre en bevidsthed om projektet hos almen praksis
- DD-klinikkens samarbejdspartnere oplever, at mange af de DD-patienter, de er i kontakt med, ikke matcher de opstillede visitationskriterier

- kommuner og misbrugsbehandling anser den valgte procedure for henvisning som en barriere for deres tiltænkte opgave med at opspore og henvise patienter
- misbrugsbehandlingsinstitutionerne oplever, at der har været et u hensigtsmæssigt overlap imellem DD-klinikkens målgruppe og målgruppen for institutionernes egne DD-forløb.

Samarbejdet mellem DD-klinikken og misbrugsbehandlingen har ikke skabt de ønskede resultater. Det har været aftalt, at misbrugskonsulenter fra de kommunale misbrugscentre deltager i udredningen af de patienter, der henvises til DD-klinikken, samt at de fungerer som undervisere i rusmideledudikation til de patienter, der inkluderes. De involverede fagpersoner oplever imidlertid, at udbyttet ikke står mål med de ressourcer, som samarbejdet kræver. Medmindre forudsætningerne for samarbejdet ændres væsentligt, anbefaler de, at samarbejdet afsluttes.

Kommunikationen internt i projektet og mellem de forskellige dele af projektorganisationen og samarbejdspartnere har været uklar. Det har været fx været uklart, om det var Psykiatrisk Center Glostrups projektledere eller repræsentanter fra styregruppen, der var ansvarlige for at kommunikere vigtige beslutninger truffet om projektet ud til de konkrete samarbejdspartnere/eget organisatoriske bagland. De involverede aktører har således dels manglet en fælles og accepteret forståelse for fordelingen af ansvar og opgaver i relation til projektet, dels peger flere på, at der har manglet en operationel projektledelse, som kunne dedikere sig til implementeringen af de modeller for kommunikation og samarbejde, der er opstillet for projektet.

I forhold til ønsket om at etablere en **tværgående kommunikation mellem DD-klinik og kommunale sagsbehandlere** fremgår det, at denne opleves mangelfuld af begge parter. Begge parter oplever således, at der i for høj grad er tale om envejskommunikation, når der udveksles konkrete oplysninger, og de har svært ved at se, hvad de kan/skal bruge oplysningerne til i det patient-/borgerrettede arbejde.

Misbrugsbehandlingsinstitutionerne og behandlingspsykiatrien har haft forskellige udgangspunkter og forventninger til DD-projektets indhold og udformning. De gennemførte interview viser, at der i DD-projektets tidlige faser var forskellige projektbeskrivelser i spil, samt at disse især i misbrugsbehandlingen skabte forventninger om, at der var tale om et fælles projekt, hvor behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen sammen skulle gå nye veje i behandlingen af DD-patienter. Projektet endte imidlertid med at blive udmøntet som et samarbejdsprojekt, der var entydigt forankret hos Psykiatrisk Center Glostrup, hvilket har ledt til skuffede forventninger hos de deltagende misbrugscentre.

Projektet og målsætningerne for samarbejdet var defineret af en tredje part. Flere interviewpersoner peger på, at DD-projektet i udgangspunktet var defineret centralt i Region Hovedstadens Psykiatri, uden at Psykiatrisk Center Glostrup havde været involveret. Samtidig fremgår det, at Region Hovedstadens Psykiatri havde opstillet en tidsplan, som satte de udførende parter under et hårdt tidspres. Parterne peger på, at disse forhold tilsammen har vanskeliggjort opgaven med at finde et fælles udgangspunkt for DD-projektet og forstærket de konflikter, der undervejs er opstået i mødet mellem parternes forskellige perspektiver på DD-behandling.

Uenighed omkring, hvilke patienter der befinder sig i projektets målgruppe, samt hvordan behandlingen til disse bør organiseres. DD-projektet har været målrettet midtergruppen af DD-patienter, hvor behandlingsansvaret mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatri ikke er tydeligt beskrevet fra nationalt hold. Dette er formentlig én af årsagerne til diskussioner/uenighed omkring DD-klinikkens målgruppe og inklusionskriterier, som bl.a. skyldes, at deltagerne i udgangspunktet har manglet fælles referencepunkter i

forhold til, hvem midtergruppen er, samt hvordan de forskellige subgrupper i denne bedst behandles.

Konkurrerende viden og konkurrerende behandlingstilbud. Både Psykiatrisk Center Glostrup og de forskellige misbrugsbehandlingsinstitutioner oplevede allerede forud for DD-projektet at have viden og kompetence til at behandle mennesker med en dobbeltdiagnose. Samtidig har misbrugsbehandlingsinstitutionerne over en årrække etableret egne tilbud, som er målrettet DD-patienter. Det betyder, at det reelle udgangspunkt for DD-projektet ikke har været et samarbejde mellem to parter, der hver mangler det, den anden besidder, men snarere en konkurrencesituation. Dette er også afspejlet i dialogen omkring DD-projektet, som i et vist omfang er endt med at handle om, hvis dobbeltdiagnosebehandling der er den bedste.

Evalueringens anbefalinger

En operationel projektledelse med kompetencer i forhold til implementering og udvikling af tværgående samarbejdsrelationer: Det anbefales, at der i eventuelt fremadrettede, lignende indsatser på DD-området afsættes ressourcer til at inddrage en projektleder på operationelt niveau med kompetencer målrettet projektledelse og implementering. Det skyldes, at de ansvarlige sundhedsfaglige ledere har manglet tid til at tage ansvar for den tværgående kommunikation, vidensdeling og opgaven med at udvikle de ønskede samarbejdsrelationer.

Et grundlæggende anderledes projekt set-up: Det gennemsyrrer deltagerne perspektiver på DD-projektet, at der i høj grad har manglet en dimension i projektet, der har fokuseret på samarbejdet og det fælles formål med dette. Som deltagerne også selv peger på, ville projektet – som samarbejdsprojekt – have haft bedre forudsætninger for at lykkes, hvis parterne fra starten havde været fælles om at definere udgangspunktet for samarbejdet. Vurderingen er, at dette kunne have skabt en bedre fælles mulighed for at præge projektet og dermed også et større fælles ejerskab til den efterfølgende udmøntning.

Det anbefales derfor, at man – i eventuelle fremadrettede indsatser på området – dels inddrager de involverede parter i formuleringen af indsatsen, dels har en tidshorison og et ambitionsniveau, der sikrer, at deltagerne får tid – og hjælp – til at opbygge relationer og gensidig forståelse for hinandens roller, kompetencer og bidrag til behandlingen af dobbeltdiagnose.

Anvendte metoder

Evalueringen er baseret på interview, skriftligt materiale fra DD-projektet og lokale aktivitetsopgørelser. Der er gennemført to interviewrunder, henholdsvis midtvejs i projektets levetid i januar-marts 2014 og igen ved projektets afslutning i januar 2015. I første runde blev der interviewet 17 projektdeltagere og i anden runde 18. De interviewede er repræsenteret nogenlunde ligeligt på tværs af de deltagende parter: behandlingspsykiatrien, misbrugsinstitutionerne og de involverede kommuner. Der er interviewet projektdeltagere fra styre- og projektgruppen samt fagpersoner på udførende niveau.

1 Evalueringens baggrund og metode

1.1 Indledning og baggrund

Behandlingen af mennesker med en samtidig sindslidelse og misbrug af alkohol og/eller stoffer – også kaldet mennesker med en dobbeltdiagnose – er i dag som regel delt mellem misbrugsbehandling og psykiatri og dermed også mellem kommune og region. Dette har ledt til en række uklarheder omkring behandlingen – bl.a. spørgsmålet om, hvem der har behandlingsansvaret, hvordan de to lidelser skal behandles, og i hvilken rækkefølge dette skal ske.

En opdelt behandling er i modstrid med den eksisterende viden om, hvordan man bedst muligt hjælper mennesker med dobbeltdiagnose. Den eksisterende viden peger således på, at behandlingen bør være integreret, dvs. foregå samtidig (Mueser et al. 2003; Socialstyrelsen 2007; Lykke 2012).

Et forhold, der forstærker paradokserne omkring behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, er, at der ikke er tale om en lille gruppe psykiatriske patienter, som har et misbrug, eller en lille gruppe misbrugere, som har en sindslidelse. Der findes ingen gode danske befolkningsundersøgelser af incidens og prævalens. I forhold til psykisk sygdom og stofmisbrug skriver Sundhedsstyrelsen i 2008: "... at der hos 60-70 % af stofmisbrugerne i behandling findes en psykiatrisk lidelse, og at livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 %". Der er således tale om et betydeligt sammenfald, og det er tilsvarende et betydeligt problem, at behandlingen af disse mennesker ikke foregår optimalt.

Diskussionen om, hvordan man bør behandle mennesker med en dobbeltdiagnose, er forholdsvis ny i dansk sammenhæng. En af de første videnskabelige, danske undersøgelser af forekomst og behandling er fra 1994 (Jessen-Petersen 1994), og i Narkotikarådets publikation fra 1999 er et af de store identificerede problemer, at der ikke findes målrettede, integrerede behandlingstilbud til denne målgruppe, og at mennesker med dobbeltdiagnose ofte udelukkes fra de eksisterende behandlingstilbud.

Dette billede har i dag ændret sig, og der er de seneste ca. ti år igangsat en række initiativer og projekter om, hvordan man kan sikre behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Der er også kommet en større opmærksomhed omkring, at gruppen af dobbeltdiagnosticerede er forskellig, alt efter hvilken konstellation af sindslidelse og misbrug der er tale om, og at problematikken omkring, hvem der har behandlingsansvaret for de dobbeltdiagnosticerede, er forskellig, alt efter hvilken konstellation der er tale om. Der synes i den forbindelse at være nogenlunde enighed om, at mennesker med alvorlig psykotisk sindslidelse (fx skizofreni) og misbrug primært skal behandles integreret i psykiatrien, og at mennesker med et alvorligt misbrug og en mindre alvorlig sindslidelse (fx angst eller lettere depression) primært skal behandles integreret i misbrugssystemet (Sundhedsstyrelsen 2008:117). Men det efterlader en forholdsvis stor midtergruppe af mennesker med en dobbeltdiagnose, hvor der stadigvæk er uklarhed om behandlingsansvar og -tilgang.

Et af de nyeste projekter inden for dobbeltdiagnoseområdet, der fokuserer på netop denne midtergruppe, er: 'Projekt om tværsektorielt samarbejde om indsatsen over for mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug' (herefter omtalt som DD-projektet), der er forankret på Psykiatrisk Center Glostrup (PC Glostrup) i Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug (herefter DD-klinikken). DD-projektet løber i perioden 2013-2014, og formålet er ifølge projektbeskrivelsen: "At etablere et integreret behandlingstilbud til patienter med ikke-psykotiske lidelser og misbrug for at sikre, at patienterne bliver udredt og behandlet for både den psykiatriske lidelse og misbruget – og at dette sker integreret".

Denne evalueringsrapport handler om DD-projektet, og fokus er på det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, som har skullet etableres i forbindelse med projektet.

1.2 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål

KORAs evaluering af DD-projektet har midtvejs i projektperioden skullet give input til udviklingen af det samarbejde, der skal understøtte patienternes vej igennem DD-klinikken på PC Glostrup¹. Ved projektets afslutning har evalueringen skullet afdække og formidle erfaringer fra projektet, således at andre, der arbejder med at udvikle samarbejdet om DD-behandling, får mulighed for at anvende den viden, som er opbygget i projektet.

Med dette afsæt undersøger evalueringen, om DD-projektets organisering, opsporing af relevante patienter, kapacitet og inklusionskriterier har fungeret som forventet, samt hvilke udfordringer og løsninger der er arbejdet med undervejs i projektet. Endelig undersøger evalueringen, i hvilket omfang projektdeltagerne oplever, at DD-projektet bidrager til et velkoordineret og effektivt samarbejde om de inkluderede patienter, samt i hvilket omfang dette samarbejde vurderes at komme de pågældende patienter til gode.

Evalueringens undersøgelsesspørgsmål har i forlængelse af ovenstående været at afdække og formidle:

1. Hvilke modeller for kommunikation og samarbejde der er etableret imellem DD-klinikken, de eksisterende aktører i misbrugsbehandlingen, kommunale kontaktpersoner og øvrige relevante samarbejdspartnere.
2. Hvordan aktørerne har samarbejdet om at realisere DD-projektet, og hvilken betydning projektet vurderes at have for det tværgående samarbejde og kommunikation.
3. Hvilken betydning og potentiale projektet vurderes at have i forhold til behandlingen af mennesker med ikke-psykotiske lidelser og misbrug, samt hvilke erfaringer man bør være opmærksom på i den forbindelse.

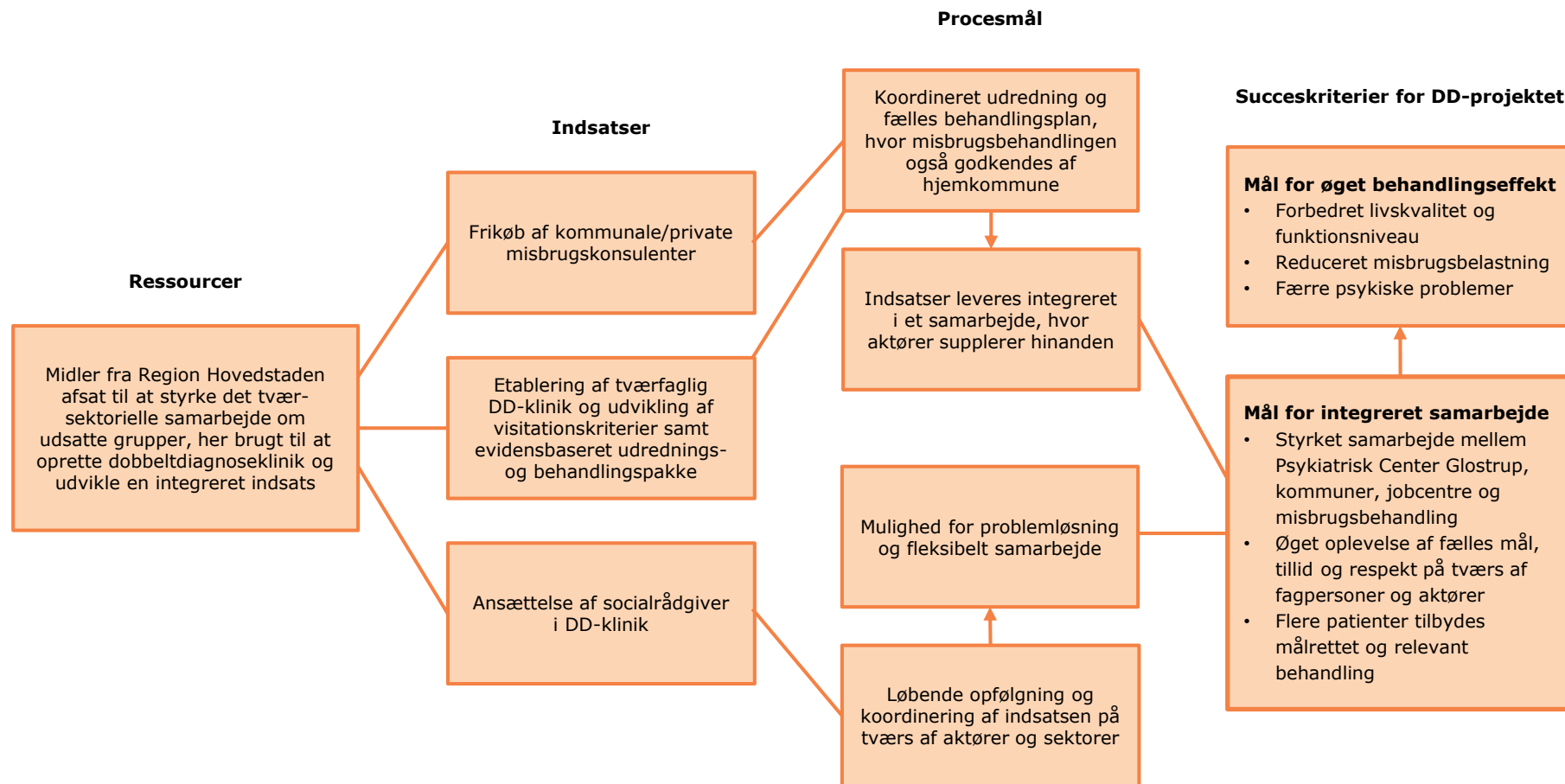
1.3 Evalueringens design

Evalueringen er gennemført med inspiration fra programteoretisk evaluering. Det betyder, at der er udarbejdet en programteori, som illustrerer projektets ressourcer, de igangsatte indsatser, de forventede procesmål og de succeskriterier, som evalueringen vurderer DD-projektet ud fra (Dahler-Larsen og Krogstrup 2003).

Da udvikling af det tværsektorielle samarbejde udgør et særligt vigtigt fokus for projektets forløb og vilkår, har vi inkluderet elementer fra Jody Hoffer Gittells evidensbaserede arbejde med relationel koordination og ledelse i evalueringsdesignet og programteorien (Gittell 2009). Ifølge Gittell hænger et godt samarbejde sammen med graden af professionel tillid og respekt mellem aktørerne, fordi denne gør, at de involverede i højere grad udnytter de muligheder for henvisning, kommunikation og samarbejde, der er. Ud fra dette hensyn – samt det foreliggende skriftlige materiale fra projektet – har vi udarbejdet nedenstående programteori for evalueringen:

¹ Resultaterne fra 1. interviewrunde blev præsenteret mundtligt til DD-projektets styregruppe med henblik på at understøtte udviklingen af projektet og samarbejdsrelationerne omkring dette.

Figur 1.1 DD-projektets programteori



Første kolonne i Figur 1.1 sammenfatter DD-projektets ressourcer i form af de regionale puljemidler, som er givet til at etablere DD-klinik m.m. Anden kolonne beskriver de indsatser, der er fokuseret på i udviklingsarbejdet. Tredje kolonne opstiller de procesmål, som forventes opnået med DD-projektets fokuspunkter. Eksempelvis ses det, at muligheden for at frikøbe misbrugs-konsulenter til at deltage i fælles udredning og udarbejdelse af fælles behandlingsplan forventes at bidrage til et mere målrettet og integreret samarbejde, hvor indsatserne supplerer hinanden. Endelig beskriver fjerde kolonne de succeskriterier for et integreret samarbejde, som evalueringen undersøger ved afslutningen af projektperioden.

1.3.1 Evalueringens datagrundlag

Evalueringen er baseret på kvalitative interview, skriftligt materiale fra DD-projektet og opgørelser over antallet af henviste og inkluderede patienter. Der er gennemført to interviewrunder henholdsvis midtvejs i projektets levetid i januar-marts 2014 og igen ved projektets afslutning i januar 2015². Interviewene er forberedt med afsæt i DD-projektets projektbeskrivelser og programteorien fra foregående afsnit. I første runde blev der interviewet 17 projektdeltagere og i anden runde 18.

Interviewrunderne har haft to nedslagspunkter i DD-projektet. For det første har vi interviewet de ledere fra henholdsvis PC Glostrup, kommuner og misbrugscentre, som indgår i projektets styre- og projektgruppe. For det andet har vi interviewet alle fagpersoner fra DD-klinikken samt et udvalg af de fagpersoner fra kommuner og kommunale misbrugscentre, som har haft patientrettet kommunikation/samarbejde med DD-klinikken. Som det fremgår af Tabel 1.1, har begge interviewrunder inkluderet et bredt udsnit af involverede ledere og medarbejdere i projektet.

Tabel 1.1 Fordelingen af de to runders interviewdeltagere på tværs af projektets organisation og deltagende aktører

Første interviewrunde, januar-februar 2014			
	Behandlingspsykiatrien	Misbrugsbehandlingen	Kommuner
Styregruppe og projektgruppe	De tre projektansvarlige ledere fra PC Glostrup	De tre centerchefer fra KABS, Lænken og Blå Kors	De to kommunale chefer, som indgår i styregruppen
Fagpersoner og ledere involveret i projektet på udførende niveau	Tre af de fem ansatte på DD-klinikken	En misbrugskonsulent fra hvert af de tre centre, som har samarbejdet direkte med DD-klinikken	Tre af de syv kommunale kontaktpersoner, der indgår i projektgruppen
Anden interviewrunde, januar 2015			
	Behandlingspsykiatrien	Misbrugsbehandlingen	Kommuner
Styregruppe og projektgruppe	De to projektansvarlige ledere på PC Glostrup ³	De to centerchefer fra KABS og Blå Kors ⁴	De to kommunale chefer, som indgår i styregruppen
Fagpersoner og ledere involveret i projektet på udførende niveau	De fem ansatte på DD-klinikken	To misbrugskonsulenter fra KABS og to fra Blå Kors, som har samarbejdet med DD-klinikken	Tre af de syv kommunale kontaktpersoner, der indgår i projektgruppen

² I det omfang det har været muligt, er det de samme personer, som er interviewet både første og anden gang.

³ Den overlæge, som var projektansvarlig, fik nyt job mellem første og anden interviewrunde, og han indgik derfor ikke i anden interviewrunde.

⁴ Da vi kontaktede Lænkens afdelingsleder for at aftale anden interviewrunde, fremgik det, at vedkommende var nytiltrådt, efter den afdelingsleder, der fra starten var repræsenteret i projektet, havde været langtidssygemeldt. Den nye leder vidste derfor så lidt om DD-projektet, at hun ikke vurderede at kunne bidrage substantielt til evalueringen, og hun er derfor ikke interviewet.

Det fremgår også, at vi af ressourcemæssige hensyn ikke har kunnet interviewe alle deltagere i den formelle projektorganisation. Det skal i den forbindelse understreges, at interviewmaterialet er konsistent, og vi vurderer, at der er opnået en god datamæthed. Det kan dog ikke udelukkes, at der ville være afdækket yderligere nuancer eller pointer, hvis vi havde haft mulighed for at interviewe alle relevante deltagere i DD-projektet.

Interviewene er gennemført med afsæt i en semistruktureret interviewguide. Den er udarbejdet med afsæt i undersøgelsesspørgsmålene fra afsnit 1.2 og programteorien fra afsnit 1.3 og er forud for hvert enkelt interview tilpasset den aktuelle kontekst og informant⁵. Alle interviews er optaget elektronisk, og der er skrevet et udførligt referat. Efterfølgende er referaterne gennemlæst og kondenseret med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålene, hvorefter de er anvendt som afsæt for citat og analyse.

1.3.2 Evalueringens afgrænsninger

PC Glostrup gennemfører selv en evaluering af DD-behandlingens kliniske effekter for de inkluderede patienter, samt hvordan de inkluderede patienter selv vurderer udbyttet af forløbet. Disse elementer indgår derfor ikke i nærværende evaluering. I det omfang evalueringen forholder sig til effekterne af DD-projektet, er den således baseret på interviewpersonernes vurderinger af disse. PC Glostrups egen evaluering forventes færdiggjort i starten af 2016, når alle påbegyndte patientforløb er afsluttet.

1.4 Rapportens opbygning

Rapporten præsenterer evalueringens resultater i nedenstående fire hovedkapitler:

Kapitel 2 præsenterer projektorganisationen og de overvejelser, der ligger bag denne, struktur og indhold af det afprøvede behandlingsforløb, samt de rutiner for henvisning, kommunikation og samarbejde, der har skullet understøtte projektet. Kapitel 2 præsenterer således DD-projektets organisering samt de modeller for kommunikation og samarbejde, som evalueringen undersøger implementeringen af.

Kapitel 3 præsenterer projektdeltagernes erfaringer og perspektiver på projektets udmøntning i praksis. Fokus er bl.a. på etablering af henvisningsveje, rutiner for tværgående kommunikation om de inkluderede patienter samt samarbejdet mellem misbrugskonsulenter og DD-team i forbindelse med forsamlinger og rusmideledukation.

Under interviewene har det vist sig, at projektets opstartsfasen og den dialog, som parterne løbende har haft om DD-projektets organisering og indhold, har haft stor betydning for DD-projektets implementering. Derfor præsenterer vi i **kapitel 4** disse forhold, samt hvilken betydning de vurderes at have haft for samarbejdet om projektet.

Kapitel 5 sammenfatter konklusionerne fra kapitel 3 og 4 og opstiller på den baggrund evalueringens anbefalinger.

⁵ Et eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som bilag 1.

2 DD-projektets organisering og indhold

Dette kapitel præsenterer organiseringen af DD-projektet, indholdet af det afprøvede behandlingsforløb og de procedurer for henvisning, kommunikation og samarbejde, som har skullet understøtte arbejdet i DD-klinikken. Kapitlet er udarbejdet med afsæt i interview samt projektbeskrivelser og mødereferater fra DD-projektet.

2.1 Baggrund og projektorganisation

DD-projektet løber i perioden 2013-2014. Projektets formål er ifølge projektbeskrivelsen: "At etablere et integreret behandlingstilbud til patienter med ikke-psykotiske lidelser og misbrug for at sikre, at patienterne bliver udredt og behandlet for både den psykiatriske lidelse og misbruget – og at dette sker integreret".

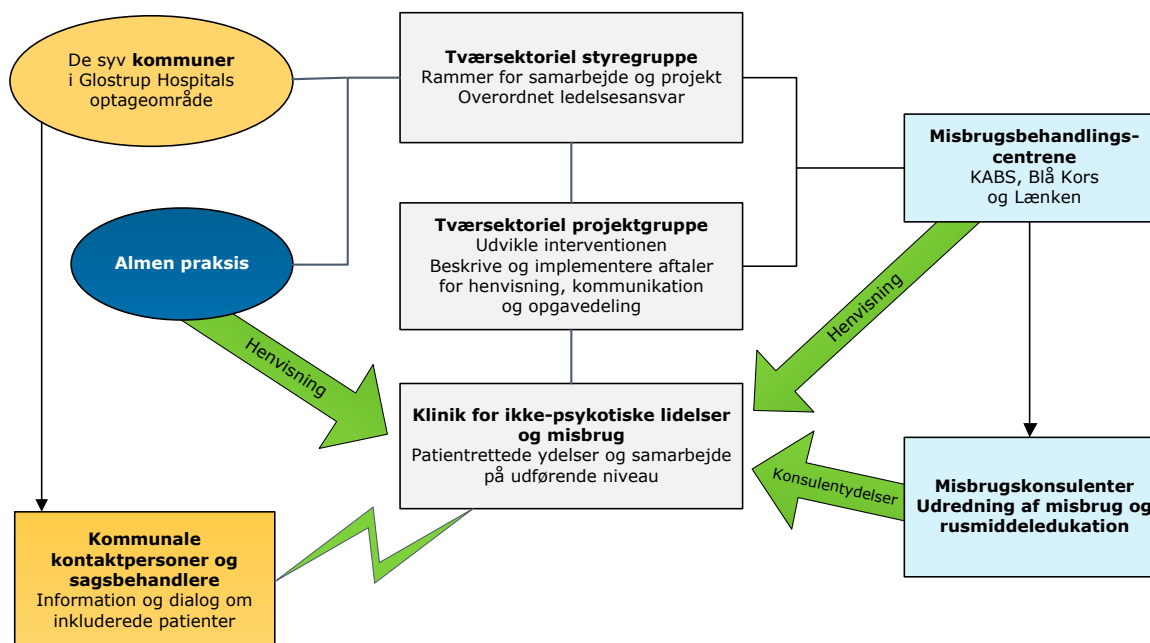
Projektet er økonomisk og ledelsesmæssigt forankret i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor det er en del af regionens satsning på at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring udsatte grupper. På det udførende niveau, er projektet forankret på PC Glostrup i tilknytning til Psykoterapeutisk Enhed. Projektets udførende del – hvor selve behandlingsforløbet leveres – betegnes som 'Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug' (DD-klinikken). Samarbejdspartnerne er tre misbrugsbehandlingstilbud: KABS, Lænken og Blå Kors samt de syv kommuner i PC Glostrups optageområde: Albertslund, Glostrup, Brøndby, Rødovre, Høje Taastrup, Ishøj og Valensbæk Kommuner⁶.

DD-projektet er defineret og udviklet i en organisatorisk kontekst, hvor mange forskellige aktører har været i dialog om projektets rammer og indhold. Dette er også afspejlet i den formelle projektorganisation, der samler en lang række repræsentanter fra de involverede aktører⁷. Projektorganisationen – og de aftalte samarbejdsrelationer – er illustreret i nedenstående organisationsmodel, og de enkelte elementer i organisationen præsenteres og forklares nedenfor.

⁶ Herudover indgår praktiserende læger, privatpraktiserende psykiatere og læger ansat i behandlingspsykiatrien, som henviser til DD-klinikken. Disse er ikke interviewet, men vi har indirekte fået videreformidlet henvisernes perspektiver via styregruppedeltagerne og den læge, der er ansat i DD-klinikken.

⁷ Se eventuelt bilag 4, hvor der er en oversigt over deltagerne i projektets styre- og projektgruppe.

Figur 2.1 DD-projektets projektorganisation



DD-projektets tværsektorielle styregruppe

Det er prioriteret at have en bredt sammensat styregruppe, hvor alle relevante aktører er repræsenteret på ledelsesniveau (herunder en overlæge og PC Glostrups ledende psykolog, der samtidig har fungeret som projektledere). De syv kommuner i hospitalets optageområde er repræsenteret med to kommunale ledere, der er udpeget af det lokale samordningsudvalg⁸. Almen praksis, der har haft rolle som henviser, er repræsenteret via PC Glostrups praksiskonsulent. Samtidig har Region Hovedstadens Psykiatri Kompetencecenter for Dobbelt diagnose været repræsenteret med en rådgivende funktion for at sikre, at projektet havde adgang til nyeste viden om behandling af dobbelt diagnose⁹.

I projektets udviklingsfase var styregruppen samlet ca. hver anden måned, og i afprøvningsfasen har møderne været afholdt ca. hvert halve år. Som det fremgår af Figur 2.1, har styregruppens opgave været at aftale rammerne for samarbejdet om projektet og løbende håndtere eventuelle problemer for projektets udmøntning. Herudover har deltagerne hver især haft en vigtig opgave med at informere om og forankre samarbejdet om projektet i deres respektive organisationer.

DD-projektets tværsektorielle projektgruppe

Parallelt til styregruppen blev der nedsat en tværsektoriel projektgruppe, som bestod af de to projektledere samt relevante fagpersoner fra PC Glostrup, repræsentanter fra de deltagende kommuner og behandlere fra de tre misbrugstilbud. For at øge sammenhængskraften i projektorganisationen blev det også prioriteret at have et vist overlap imellem medlemmerne af projektets styre- og projektgruppe.

⁸ I hver af Region Hovedstadens fire planområder er der nedsat et lokalt samordningsudvalg med ansvar for den lokale udmøntning af sundhedsaftalerne. Udvalget samler repræsentanter fra alle hospitaler og kommuner samt repræsentanter fra almen praksis.

⁹ Praksiskonsulenten har imidlertid ikke deltaget i styregruppemøder, ligesom kompetencecenteret kun har deltaget i projektets første styregruppemøde.

Projektgruppens opgave har været at operationalisere de beslutninger, der er truffet i styregruppen. De største opgaver har bestået i at lave en litteraturgennemgang som afsæt for DD-forløbets visitationskriterier og kliniske indhold samt til at udarbejde informationsmateriale om projektet og formidle dette til relevante samarbejdsparter.

PC Glostrups Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug (DD-klinikken)

Medio 2013 blev der rekrutteret et tværfagligt team bestående af psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver og lægesekretær til at bemande DD-klinikken. DD-klinikken har egne lokaler på PC Glostrup, og medarbejderne hjælper med at dække andre funktioner i centeret, i det omfang der er ledig kapacitet. Det indebærer bl.a., at teamets læge også arbejder i den psykiatriske skadestue, hvor der er en forventning om at kunne opspore relevante patienter til DD-klinikken.

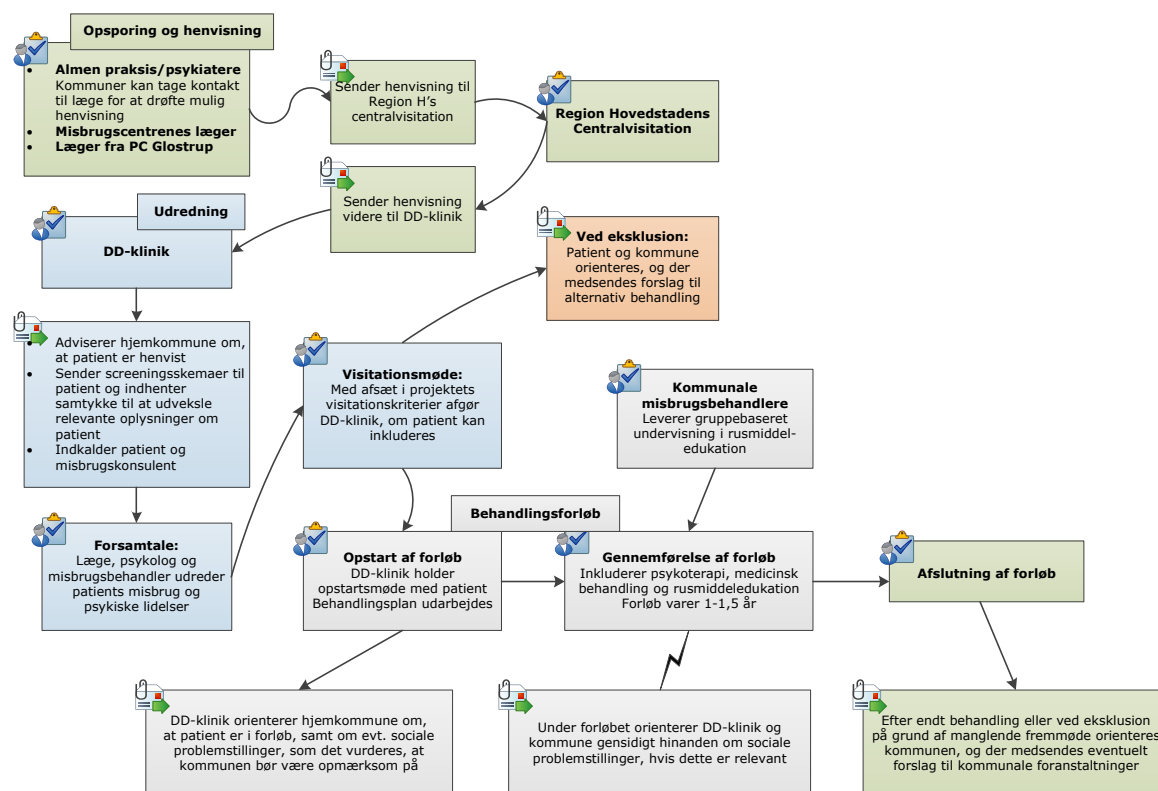
DD-klinikkens snitflader til kommuner og misbrugsbehandling

Som det fremgår af organisationsdiagrammet, har DD-klinikken to vigtige snitflader til henholdsvis patienternes hjemkommuner og de tre misbrugscentre. Over for hjemkommunerne består snitfladen i, at kommunerne tilsendes information om inkluderede/ekskluderede og afsluttede patienter. Når det er relevant, er der også en forventning til, at parterne informerer om/går i dialog om eventuelle behov eller problemstillinger, som kommunen eller DD-klinikken bør være opmærksomme på. Over for misbrugscentrene består snitfladen dels i, at misbrugskonsulenter deltager i udredningen af henviste patienters misbrug, dels i at konsulenterne skal levere gruppebaseret undervisning i rusmideledukation. Herudover er det meningen, at misbrugscentrene skal henvise relevante patienter til udredning i DD-klinikken.

2.2 Organiseringen af DD-forløbet

Da KORA blev tilknyttet som evaluator af DD-projektet, var der udarbejdet en projektbeskrivelse med tilhørende beskrivelser af patienternes vej til, igennem og fra DD-forløbet samt den organisering, der skulle understøtte patienternes vej igennem forløbet. Disse forhold er illustreret i Figur 2.2. De enkelte elementer forklares i de efterfølgende afsnit.

Figur 2.2 Patienternes vej til – og gennem – DD-klinikkens forløb



2.2.1 Opsporing og henvisning af patienter

På baggrund af de indledende drøftelser omkring projektets udformning har PC Glostrup opstillet en række inklusionskriterier, som er meldt ud til relevante henvisere i almen praksis og i de kommunale misbrugscentre. Herudover er henvisningsmaterialet formidlet til de syv samarbejdskommuner ud fra en forventning om, at relevante sagsbehandlere kan være med til at opspore relevante patienter og få disse henvist via egen læge.

Samtidig er det besluttet, at henvisningen er lægebaseret og sker via Region Hovedstadens Psykiatri centrale visitation. Henvisningerne til den centrale visitation kan komme fra egen læge/privatpraktiserende psykiatere, læger ansat i den kommunale misbrugsbehandling eller læger ansat i behandlingspsykiatrien. Den centrale visitation laver en grovsortering af henvisningerne, således at henvisninger, der ikke matcher DD-klinikkens visitationskriterier, bliver afvist. De henvisninger, der matcher visitationskriterierne, sendes videre til DD-klinikken, hvor patienterne udredes.

2.2.2 Udredning af henviste patienter

Når DD-klinikken modtager en henvisning fra den centrale visitation, indkaldes patienten til et formøde, hvor der deltager personale fra DD-klinikken og fra et af de kommunale misbrugstilbud. Formødet bruges dels til at lave en grundig udredning af patienterne, dels til at informere om behandlingstilbuddet. Et af kravene for at kunne være i behandlingen er, at patienten giver samtykke til, at der udveksles oplysninger mellem de involverede parter.

Der er afsat tre timer til mødet, og patienten deltager i de ca. to timer, som selve udredningen varer. Inden udredningen gennemgår personalet fra DD-klinikken og den kommunale misbrugsbehandler patientens henvisning og aftaler rollefordelingen ved samtalen. Til udredningen

af patienten bruges en række standardiserede screeningsværktøjer¹⁰. Mødet afsluttes med en fælles drøftelse om patienten mellem personale fra klinikken og personale fra misbrugsbehandlingen. Endvidere er det aftalt, at misbrugskonsulenten under samtalen laver en kort skriftlig indstilling, som personale fra klinikken tager med til klinikkens efterfølgende visitationsmøde.

Umiddelbart efter formødet afholder DD-teamet et visitationsmøde med deltagelse af psykolog og psykiater fra klinikken. På visitationsmødet gennemgås screeningsresultaterne, og det besluttet med afsæt i projektets visitationskriterier¹¹, om patienten skal tilbydes behandling. Inkluderes patienten i projektet, informeres dennes hjemkommune og visiterende instans om det. Afvises patienten, får kommune og visiterende instans besked, og kommunen modtager tillige forslag til, hvortil patienten alternativt kan henvises.

2.2.3 Behandlingsforløbet

Besluttet det at inkludere patienten i projektet, vil det personale fra DD-klinikken, der deltog i formødet, udarbejde en behandlingsplan, og denne bliver drøftet på et behandlingsmøde i klinikken. Patienten bliver herefter indkaldt til samtale, hvor behandlingsplanen fremlægges og tilpasses. Har patienten ikke udfyldt alle screeningskemaer i forbindelse med formødet, vil det ske i forbindelse med de første behandlingsmøder. I forbindelse med opstart af behandlingen vil patienten også blive tilbudt en samtale med klinikkens socialrådgiver for at sikre, at der ikke er en række sociale problemer, der kan stille sig hindrende i vejen for et vellykket forløb. Som det fremgår af Figur 2.2, er det også aftalt, at DD-klinikken og relevante sagsbehandlere i patientens bopælskommune løbende orienterer hinanden om eksempelvis sociale problemstillinger, for at disse så vidt muligt ikke skal stå i vejen for udbyttet af behandlingen.

Behandlingen i DD-klinikken er primært psykoterapeutisk, men der tilbydes også medicinsk behandling for den psykiatriske lidelse, hvis dette er nødvendigt – fx i forbindelse med depression. Er patienten i behandling med benzodiazepiner, vil ansvaret for denne behandling typisk blive overtaget af DD-klinikken, og muligheden for nedtrapning vil blive drøftet med patienten. Er patienten i substitutionsbehandling i forbindelse med en afhængighed af opioider, vil denne behandling fortsat blive varetaget af misbrugsbehandlingen. Tilsvarende gælder i udgangspunktet for patienter, der modtager antabus hos deres misbrugsbehandlingscenter – i enkelte tilfælde kan klinikken dog overtage antabusbehandlingen, hvis det skønnes mere hensigtsmæssigt.

De primære behandlingsmetoder er:

- Dialektisk Adfærdsterapi – tilpasset patienter der også har et misbrug af psykoaktive stoffer (DAT-AS). Denne behandling gives primært til patienter med personlighedsforstyrrelse og misbrug.
- Motivational Enhancement og Kognitiv Adfærdsterapi (CBT). Denne behandling gives primært til patienter med angst og/eller depression og misbrug.
- Prolonged Exposure (PE). Denne behandling gives primært til patienter med posttraumatisk stress og misbrug.
- Gruppebaseret rusmideledukation, som leveres af misbrugskonsulenter fra KABS og Blå Kors.

¹⁰ MCMI-III, SCL-90 R, EPS-25, PTSD-8 og CTQ.

¹¹ DD-klinikkens visitationskriterier er vedlagt som bilag 2.

De to første metoder kan bruges både i individuelle forløb og i gruppe, mens Prolonged Exposure kun bruges individuelt. Ofte vil patienten starte behandlingen i et individuelt forløb og overgå til gruppebehandling, når der er opnået stabilisering og kendskab til patienten. Rusmiddeledukation er i udgangspunktet et gruppeforløb over fire til fem gange. Al udredning og behandling foregår fysisk på PC Glostrup. Til de dele, hvor misbrugskonsulenterne deltager – forsamtale og rusmiddeledukation – møder misbrugskonsulenterne op på PC Glostrup.

3 Erfaringer med at omsætte projektet til praksis

Dette kapitel præsenterer – med afsæt i DD-projektets projektbeskrivelse og målsætninger – erfaringerne fra projektets udmøntning i praksis. Resultaterne præsenteres samlet, da der har været stor overensstemmelse mellem interviewpersonernes perspektiver på tværs af de to gennemførte interviewrunder.

Strukturen følger patienternes tiltænkte vej igennem DD-forløbet, således at fokus er på:

- Henvisning og inklusion af patienter (afsnit 3.1)
- Samarbejdet mellem misbrugskonsulenter og DD-team i forbindelse med forsamtaler og rusmideledukation (afsnit 3.2 + 3.3)
- Den tværsektorielle udveksling af relevant viden om henviste og inkluderede patienter (afsnit 3.4).

3.1 Henvisning og inklusion af patienter

Det fremgår af de gennemførte interviews, at der er kommet færre henvisninger og er inkluderet væsentligt færre patienter til DD-klinikken end forventet. Derfor starter vi med at præsentere et overblik over de henvisninger, som DD-klinikken har fået i projektperioden; hvordan disse fordeler sig på tværs af henvisere, samt hvor mange forløb der er igangsat og afsluttet i regi af projektet¹².

Tabel 3.1 Oversigt over henviste og inkluderede patienter i DD-projektet i perioden 1. maj 2013 til 31. december 2014

	Speciallæge/ praktiserende læge	Misbrugs- institution	Behandlings- psykiatrien	I alt
Henvist	39	6	39	84
Ekskluderet	24	3	18	45
Inkluderet	14	3	21	38
Under udredning pr. 1. januar 2015	1	-	-	1

DD-klinikken er dimensioneret ud fra en forventning om, at der kontinuerligt ville være 60-70 patienter i aktive forløb. Det fremgår imidlertid af Tabel 3.1, at der i den samlede projektperiode kun er igangsat godt halvt så mange (38) patientforløb, som DD-klinikken kontinuerligt har kapacitet til.

Samtidig ses det, at der er modtaget lige mange henvisninger (39) fra almen praksis og (39) behandlingspsykiatrien, mens der i alt er modtaget 6 henvisninger fra de tre deltagende misbrugsinstitutioner. Det fremgår også, at godt halvdelen af de henviste patienter ikke er startet i et forløb¹³, samt at andelen af ekskluderede patienter ikke varierer, på baggrund af hvem der har henvist.

¹² Afsnittet er lavet på baggrund af opgørelser, vi har modtaget fra DD-klinikken/PC Glostrup.

¹³ Denne kategori dækker både over patienter, der ikke lever til DD-klinikkens visitationskriterier, patienter der ikke er mødt til aftalt forsamtale, og patienter der har afvist at starte i forløb.

Da forventningen i udgangspunktet var, at de fleste patienter skulle henvises fra almen praksis og misbrugsinstitutionerne, viser opgørelserne, at henvisningsmønsteret – især for misbrugsinstitutionerne – har været markant anderledes end forventet.

Vi har også set på, hvordan patienterne fordeler sig på tværs af de syv kommuner, der har deltaget i projektet. Som det fremgår af Tabel 3.2, er der en vis variation i forhold til patienternes bopælskommuner.

Tabel 3.2 Patienter henvist til DD-klinikken fordelt på bopælskommune

	Albertslund Kommune	Brøndby Kommune	Glostrup Kommune	Høje- Taastrup Kommune	Ishøj Kommune	Rødovre Kommune	Vallensbæk Kommune	I alt
Henvist	12	12	11	19	6	21	3	84
Indbyggertal	27.516	34.580	22.066	48.807	21.547	36.200	15.095	205.811
Henvisninger pr. 1000 indbyggere	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,2	0,4

Der er henvist flest patienter (0,6 pr. 1.000 indbyggere) fra Rødovre Kommune, mens der er henvist færrest fra Ishøj og Vallensbæk (henholdsvis 0,2 og 0,3 pr. 1.000 indbyggere), men i øvrigt er der lille variation i antallet af henviste på tværs af bopælskommune. Vi kender ikke forekomsten af dobbeltdiagnose i de forskellige kommuner, og derfor er det generelt ikke muligt at sige noget om, hvorvidt skævheden skyldes en mindre eller større forekomst i nogle kommuner eller en skævhed i henvisningspraksis. Dog skal det bemærkes, at Rødovre Kommune, som vi senere kommer ind på, har haft et særligt udgangspunkt for samarbejdet om projektet, hvilket formentlig også er årsagen til, at der er kommet flest henvisninger herfra.

Som det sidste har vi set på, hvordan det er gået med de 39 forløb, som er igangsat i DD-klinikken. Dette er angivet i Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Oversigt over afbrudte forløb, færdigbehandlede patienter samt aktive forløb pr. 1. januar 2015

	Antal
Forløb afbrudt før tid	12
Færdigbehandlede patienter	4
Patienter i udredning/aktivt forløb ved projektafslutning	23
I alt	39

Som det fremgår af Tabel 3.3, er 12 forløb afbrudt før tid¹⁴, mens fire forløb er afsluttet som færdigbehandlede. Endelig er der 23 forløb, som fortsat er aktive ved projektets officielle afslutning. Det store antal aktive forløb skyldes, at DD-klinikken først åbnede i maj 2013, samt at det typiske patientforløb tager ca. halvandet år¹⁵. Derfor har det fra starten været meningen, at alle inkluderede patienter færdigbehandles i regi af PC Glostrup. Det forventes således, at de igangsatte patientforløb vil være færdige i løbet af foråret 2016.

¹⁴ For eksempel efter ønske fra patienten eller på grund af manglende fremmøde.

¹⁵ Dette skyldtes bl.a., at opstarts- og udviklingsfasen har tog længere tid end forventet, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 4.

3.2 De deltagende aktørers rolle i opsporing og henvisning

Som det fremgik af foregående afsnit, har DD-klinikken i hele projektperioden haft en uudnyttet behandlingskapacitet¹⁶. Derfor har projektets styre- og projektgruppe løbende drøftet mulighederne for at styrke henvisningsvejene for at øge antallet af henvisninger, så der kommer henvisninger til DD-klinikken, mens projektlederne har varetaget de konkrete udviklingsopgaver omkring dette. De næste afsnit præsenterer de gennemførte aktiviteter samt projektdeltagernes overvejelser omkring de manglende henvisninger.

3.2.1 Perspektiver på almen praksis rolle

Det fremgår af de gennemførte interview, at styre- og projektgruppen fra starten var opmærksom på, at det kræver en ekstra informationsindsats at indlejre en ny henvisningsmulighed som rutine i almen praksis. Derfor blev der, som omtalt i kapitel 2, udarbejdet et informationsmateriale omkring projektets formål og henvisningskriterier, som er udsendt til alle praktiserende læger i optageområdet. Endvidere har de projektansvarlige ledere fra PC Glostrup deltaget i en række fyraftensmøder for at informere de praktiserende læger om projektet.

PC Glostrup havde også inviteret hospitalets praksiskonsulent til at deltage i projektets styregruppe for at bygge bro mellem projektet og de praktiserende læger. Konsulenten stoppede imidlertid umiddelbart efter projektstart, og det er først for nylig lykkedes at ansætte en ny praksiskonsulent. De projektansvarlige ledere vurderer i den forbindelse, at den manglende mulighed for at få hjælp fra praksiskonsulenten har været en væsentlig barriere for ønsket om at forankre projektet i almen praksis.

3.2.2 Kommunernes bidrag til opsporing og henvisning af relevante patienter

I den indledende dialog omkring DD-projektet vurderede de deltagende kommuner, at der var mange borgere med behov for DD-klinikkens tilbud. Derfor forventede PC Glostrup, at de kommunale sagsbehandlere aktivt skulle være med til at opspore disse borgere og få egen læge til at vurdere, om de kunne henvises til projektet.

Interviewene indikerer dog, at dette – til trods for at mulighederne a) løbende har været drøftet i projekt- og styregruppe, og b) at de projektansvarlige ledere fra PC Glostrup har besøgt jobcentre og deltaget i forskellige personalemøder i kommunerne – kun er sket i begrænset omfang. De projektansvarlige på PC Glostrup sidder derfor tilbage med en undren over, hvorfor kommunerne ikke har været i stand til at tage en mere aktiv rolle i forhold til projektet. Det fremgår i den forbindelse, at PC Glostrup i udgangspunktet havde en forventning om, at de kommunale styregruppedeltagere formidle viden om projektet til de kommuner, der ikke var direkte repræsenteret i styregruppen¹⁷.

I den forbindelse peger kommuneinterviewene på, at der har været en række udfordringer for ønsket om at forankre viden og rutiner omkring DD-projektet blandt relevante kommunale sagsbehandlere. Disse er sammenfattet nedenfor.

Uklarhed omkring de kommunale styregruppedeltageres ansvar og opgaver: I forhold til PC Glostrups forventninger til de kommunale styregruppedeltageres roller fremgår det af de gennemførte interviews, at de kommunale repræsentanter i styregruppen ikke har set det som deres ansvar at kommunikere generelt med kommunerne om projektet, men snarere at sikre,

¹⁶ Den ledige kapacitet er udnyttet ved, at DD-klinikkens personale har løst opgaver i Psykoterapeutisk Enhed i PC Glostrup.

¹⁷ Interviewdeltagerne fra PC Glostrup begrundede denne forventning med, dels at alle syv kommuner var inviteret til at deltage i styregruppen, men at kommunerne valgte kun at have to repræsentanter, der var ansvarlige for at repræsentere alle kommuner, dels at ansvaret for kommunikationen til det kommunale bagland løbende har været aftalt og italesat på projektets styregruppemøder.

at kommunernes perspektiv blev hørt. I henhold til PC Glostrups forventninger til de kommunale deltagere i styregruppen har der således været en uklar ansvarsfordeling i forhold til den løbende kommunikation med kommunerne.

Forskellig organisering: Kommunernes organisering af misbrugsområdet – herunder snitfladen mellem misbrugsområdet og jobcentrene – er forskellig. Det fremgår også, at misbrugsbehandlingen i flertallet af kommuner er baseret på, at relevante borgere henvises til misbrugscentrene (KABS, Lænken og Blå Kors). Denne rutine er fast indlejret i de pågældende kommuner, og de er derfor fortsat med at henvise deres borgere til misbrugscentrene ud fra en forventning om, at centrenes læger ville viderehenvise relevante borgere til DD-klinikken:

Det er ligesom om at KABS, Blå Kors og Lænken har været indbudt til det her projekt, før kommunerne blev inddraget. Så kan der ske det, at man i kommunerne siger: "Vi køber en ydelse hos KABS, og de er repræsentant i det her og skal stå for behandlingen, og de sikrer ligesom vores interesse".
(Kommunal leder)

I forlængelse af ovenstående viser interviewene også, at koblingen mellem de kommunale sagsbehandlere og borgerens egen læge anses som en udfordring. Interviewpersonerne fortæller således, at der er tale om en udsat gruppe, hvor mange enten ikke ønsker eller magter at drøfte deres misbrug med egen læge. De kommunale kontaktpersoner har derfor haft et ønske om at kunne ringe direkte til PC Glostrup for at lave aftale om en forsamtale. Da dette ikke har kunnet lade sig gøre, er kommunerne endt med at spille en meget begrænset rolle i forhold til opsporing og henvisning til DD-klinikken.

Der er dog en enkelt undtagelse til ovenstående: Det drejer sig om Rødovre Kommune, der dels varetager den sociale misbrugsbehandling i eget regi, og dels tidligere har samarbejdet med PC Glostrup omkring projektet "Brug for alle". Ifølge interviewpersonerne fra Rødovre har disse forhold betydet, at kommunen havde sagsbehandlere med fokus på DD-målgruppen og kendskab til PC Glostrup, som sad klar til at henvise borgere via egen læge fra dag 1. Dette ses også i henvisningsmønstret (jf. Tabel 3.1 i afsnit 3.1), hvor det fremgik, at Rødovre Kommune havde henvist flest patienter pr. 1.000 indbyggere.

Kontaktpersonerne har manglet overblik: De kommunale kontaktpersoner har siddet forskellige steder i kommunerne, og de har haft forskellige forudsætninger for at fungere som bindeled mellem DD-klinikken og relevante kommunale sagsbehandlere. Nogle kontaktpersoner fortæller, at det har været uproblematisk at videreformidle information fra PC Glostrup til rette sted, mens andre beskriver opgaven som *et detektivarbejde*. Flere i sidstnævnte gruppe fortæller, at de har sendt informationen videre til ledere andre steder i kommunen med en forventning om, at de skulle formidle videre til de rette sagsbehandlere. Hvorvidt dette er sket i praksis, samt hvad de enkelte sagsbehandlere eventuelt har fået ud af informationen, er uvist.

Det fremhæves i den forbindelse som en vigtig fremadrettet pointe, at der i mange kommuner ikke findes én kontaktperson, som kan forventes at have det samlede overblik på tværs af misbrugsbehandling og jobcenterområdet.

DD-projektet fremstår perifert i forhold til den sagsbehandlers hverdag: Det fremgår af interviewene, at de sagsbehandlere, der er i kontakt med DD-borgere, er fordelt på mange forskellige afdelinger, ligesom det i ret lille omfang er 'dobbeldiagnosen' der er omdrejningspunktet for jobcentrenes møde med borgeren. Samtidig fremgår det, at jobcentrene, bl.a. som følge af reformer på førtidspensionsområdet, er hårdt presset af nye opgaver. Disse forhold betyder ifølge interviewdeltagerne, at det er svært at forankre en opmærksomhed på initiativer som DD-projektet, fordi sådanne projekter alt andet lige fremstår perifert i forhold til den enkelte sagsbehandlers daglige arbejde.

3.2.3 Misbrugsinstitutionernes bidrag til opsporing og henvisning af patienter til projektet

Der har fra starten været en forventning om, at misbrugsinstitutionerne skulle henvise patienter til DD-klinikken for at få vurderet, om disse kunne profitere af det nye tilbud. Som det fremgår af det foregående afsnit, har flere kommuner også henvist borgere til misbrugsinstitutionerne ud fra en forventning om, at disse var bedre orienteret om DD-projektet end almen praksis – og dermed bedre kvalificerede til at vurdere, hvilke borgere der kunne viderehenvises til DD-klinikken.

Jævnfør Tabel 3.1 i afsnit 3.1 er der imidlertid kun modtaget i alt seks henvisninger fra de tre misbrugsinstitutioner i løbet af projektperioden, hvilket undrer interviewpersonerne fra både PC Glostrup og de deltagende kommuner. Samtidig fremgår det, at de udeblevne henvisninger flere gange er drøftet i projektets styregruppe uden resultat. Enkelte interviewpersoner sidder derfor tilbage med en oplevelse af, at de manglende henvisninger bunder, i at DD-klinikken opleves som et tilbud, der konkurrerer med de eksisterende DD-tilbud på misbrugsbehandlingscentre.

Interviewpersonerne fra misbrugsbehandlingen er enige om, at der er et u hensigtsmæssigt overlap imellem DD-klinikkens forløb og de tilbud, der i forvejen var etableret på misbrugscentre¹⁸. Deltagerne fra misbrugsbehandlingen peger dog på, at overlappet ikke er det eneste forhold, som forklarer de manglende henvisninger. Misbrugscentre oplever nemlig, at DD-klinikkens visitationskriterier og henvisningsprocedure står i modsætning til den kommunale behandlingsgaranti i misbrugsbehandlingen samt den grundlæggende tilgang til behandling på misbrugscentre – jf. nedenstående afsnit.

Mange matcher ikke visitationskriterierne: Deltagerne fra misbrugsbehandlingen fortæller, at deres psykiatere løbende har brugt DD-projektets visitationskriterier til at vurdere, om deres brugere kan profitere af DD-klinikkens tilbud. Interviewdeltagerne fortæller i den forbindelse næsten identisk om deres erfaringer, at:

Vores psykiatere fortæller, at eksklusionskriterierne gør det svært at få brugerne over til DD-klinikken. Det psykiatriske skal være det primære problem, mens misbruget skal være det sekundære. De fleste af vores brugere har så hårdt et misbrug, at det er det primære, eller også har de andre psykiatriske diagnoser, der ekskluderer dem fra projektet.
(Misbrugskonsulent, KABS)

Vi har haft problemer med, at man skulle være under 35 år. Det er for ungt, når vi snakker alkoholafhængighed, og vi henviste i starten flere, som vi fik at vide var for gamle. Så det tog vi op i styregruppen og fik udvidet aldersgrænsen til 45 år i stedet. Det næste problem var så, at de ofte er alt for afhængige af deres misbrug til at kunne henvises til DD-klinikken.
(Leder, Blå Kors)

Oplevelsen er således, at de fleste brugere i misbrugscentre ikke opfylder DD-klinikkens visitationskriterier¹⁹, men som det fremgår nedenfor, opleves også andre grundlæggende barrierer for at henvise fra misbrugscentre.

¹⁸ Dette vender vi tilbage til i kapitel 4.

¹⁹ Dette understreges af en gennemgang, som analyseafdelingen på KABS har lavet ved udgangen af DD-projektet. Opgørelsen gennemgår 123 borgere, som i projektperioden har været tilknyttet KABS' centre og har opfyldt DD-projektets inklusionskriterier hvad angår alder, bopælskommune og stofmisbrugsproblematik. Konklusionen på opgørelsen (vedlagt som bilag 3) er, at det er meget få borgere, som både har matchet DD-klinikkens inklusionskriterier og haft mulighed for at profitere af DD-klinikkens tilbud.

Proceduren for henvisning udfordrer misbrugscentrenes tilgang til behandling: Som illustreret i nedenstående citater, oplever misbrugscentrene, at DD-projektets henvisningsprocedurer udfordrer centrenes forpligtelse til at tilbyde hurtig behandling såvel som de grundlæggende principper for den behandling, der tilbydes:

Problemet for dem, der matcher inklusionskriterierne, er så, at hvis de er gode nok til at indgå i DD-projektet, så er de også velfungerende nok til at gå her. Det er ikke rimeligt over for brugeren at sige 'nu henviser vi dig videre, så skal du lige gå noget tid, og så bliver du måske indkaldt til en forsamtale, hvorefter du måske kan starte på et forløb på PC Glostrup'. Vi er dels underlagt et lovkrav om, at vi skal starte behandlingen med det samme²⁰, og dels bliver vi sat i en situation, hvor vi vil skulle vælge vores eget forløb, som er specifikt sammensat til brugere med DD, fra". (Leder, Blå Kors)

Der er flere udfordringer, men især én, og det er, at vores behandling hviler på et princip om, at vi fra starten skal skabe relationer til brugeren. Vi har et udredningsprogram, som går i gang med det samme, brugeren starter i huset. Det varer 28 dage og går ud på, at de lærer huset at kende og får nogle relationer til behandlere og andre brugere. Derfor er det svært at sende dem videre, for så kommer det lidt til at være en afvisning.

Det handler også om, hvor brugeren er i sin proces. Det er sårbart, når man har besluttet sig for at gå i behandling. Og hvis vi så bare sender dem videre til DD-klinikken uden at kunne fortælle, hvad der kommer til at ske, kommer de let til at føle sig svigtet – og så er der en stor risiko for, at det vindue, som er åbent for at gøre noget ved misbruget, forsvinder. Hvis vi henviser og starter vores eget forløb op samtidig, risikerer vi også at skulle afbryde vores eget integrerede forløb midt i det hele, hvis de ender med at blive inkluderet [i projektet]. (Misbrugskonsulent, KABS)

Projektdeltagerne fra misbrugsbehandlingen fortæller i forlængelse af ovenstående, at de – som kommunerne – flere gange har efterlyst en mere direkte og fleksibel henvisningsmulighed til DD-klinikken:

Det føles underligt, at vi skal henvise igennem centralvisitationen, hvis meningen var, at vi skulle have et integreret samarbejde. Hvis vi i samråd med vores psykiatere kunne ringe direkte til DD-klinikken og aftale en forsamtale inden for en kort tidshorizont, så ville vi have et helt andet udgangspunkt for at kunne samarbejde om at få brugerne ind i det rigtige forløb. (Misbrugskonsulent, KABS)

Fra starten blev vi stillet i udsigt, at hvis vi havde brugere med behov for hjælp, så ville vi få en hurtigere vej ind i psykiatrien. Men med den valgte henvisningsprocedure blev det jo fuldstændigt afskaffet. Vi har flere gange efterspurgt en mere fleksibel procedure for henvisning, men det har ikke kunnet lade sig gøre. (Misbrugskonsulent, Blå Kors)

Som det fremgår, oplever interviewpersonerne fra misbrugscentrene, at der er mange barrierer, som tilsammen forklarer, at der ikke er kommet det forventede antal henvisninger fra centrene til DD-klinikken. Vi har efterfølgende haft mulighed for at drøfte ovenstående pointer med de ansvarlige ledere fra PC Glostrup. Lederne så i den forbindelse pointerne som et eksempel på, at den tværgående kommunikation i projektet ikke har fungeret godt nok. Efter deres vur-

²⁰ Ifølge Servicelovens § 101 er der behandlingsgaranti på misbrugsområdet for alle borgere i Danmark. Det betyder konkret, at der højst må gå 14 dage fra en borger henvender sig til en kommune, til vedkommende tilbydes behandling.

dering er der nemlig lavet klare aftaler i styre- og projektgruppe om, at en henvisning til DD-klinikken skal ses som en ekstra mulighed for udredning og behandling fremfor et tilbud, der erstatter patienternes forløb på misbrugscentrene. PC Glostrups forventning var derfor, at misbrugsbehandlingen skulle informere patienten om, at der var tale om en mulighed, der skulle udredes – og at patienten kunne blive ved med at være tilknyttet misbrugsbehandlingen både før og efter udredning og eventuelt forløb i DD-klinikken.

I forhold til at henvisningerne skal gå over centralvisitationen, påpeger lederne fra PC Glostrup, at dette er et krav fra Region Hovedstadens Psykiatri, som projektledelsen ikke har haft indflydelse på.

3.3 Samarbejdet omkring forsamtaler og rusmideledukation

DD-projektet har afsat midler til at frikøbe misbrugskonsulenter fra de tre misbrugscentre til at deltage i udredningen og undervisningen af DD-klinikkens patienter. Dette er sket ud fra en forventning om, at misbrugskonsulenterne kan yde et fagligt værdifuldt bidrag til udredningen. Samtidig er det et af de væsentligste elementer i projektet, som har skullet bidrage til at styrke kommunikation og samarbejde mellem PC Glostrup og misbrugscentrene. Nedenstående afsnit præsenterer DD-klinikkens og misbrugsbehandlernes perspektiver på samarbejdet.

3.3.1 Perspektiver på samarbejdet omkring forsamtalen

Et af de steder i projektet, hvor der sker et konkret samarbejde mellem PC Glostrup og misbrugsinstitutionerne, er i forbindelse med forsamtalen, hvor det udredes, om henviste patienter matcher DD-klinikkens visitationskriterier. Ved forsamtalen deltager en misbrugskonsulent fra en af de tre misbrugsinstitutionerne samt en læge og en behandler (som regel sygeplejerske eller psykolog) fra DD-klinikken.

Det fremgår af interview, at forsamtalen som planlagt varer tre timer, hvoraf patienten deltager i ca. to timer. Praksis har været, at misbrugskonsulenten og behandlerne i DD-teamet mødes cirka en halv time, inden patienten ankommer, for at afstemme, hvordan samtalen skal forløbe, samt om der er særlige forhold, de skal være opmærksomme på. På samme måde bruges en halv time på at samle op på samtalen, efter patienten er gået. Opgavefordelingen har som planlagt været, at behandlerne fra DD-klinikken afdækker de psykiatriske aspekter, mens misbrugskonsulenterne fokuserer på misbruget. I praksis er skellet dog ikke helt skarpt, og både klinikpersonalet og misbrugskonsulenterne beskriver, at de oplever samarbejdet i denne situation som flydende og relativt velfungerende. Typisk er det lægen, der styrer samtalen, men i øvrigt er der ikke udarbejdet formelle procedurer for arbejdsdelingen/samtalens struktur.

Under drøftelserne af erfaringerne fra samarbejdet om forsamtalerne peger DD-klinikkens personale og de kommunale misbrugskonsulenter imidlertid på nedenstående forhold, der har udfordret samarbejdet om forsamtalerne.

Logistikken omkring forsamtalerne har drillet: Både misbrugskonsulenter og DD-teamet nævner, at det har været svært at finde tid til og planlægge, hvornår forsamtalerne skal ligge. Selvom det har været forsøgt at aftale faste tidspunkter, hvor misbrugskonsulenterne kunne indkaldes til samtalerne, oplever misbrugskonsulenterne, at de fleste indkaldelser er kommet uden for de aftalte tidsrum. Omvendt oplever personalet i DD-klinikken, at det har været svært at finde mødetidspunkter, samt at der er anvendt uforholdsmæssigt mange ressourcer på at koordinere tiderne med konsulenterne fra misbrugsbehandlingen.

Beslutninger fra styre- og projektgruppen nåede ikke misbrugskonsulenterne: Cirka halvvejs i projektiden besluttede projektets styre- og projektgruppe, at misbrugskonsulenterne

skulle levere et kort notat om deres udredning af misbruget ved forsamtalerne. Initiativet kom fra Blå Kors (dvs. misbrugsbehandlingen), som vurderede, at det ville styrke misbrugskonsulenternes bidrag til projektet. Informationen om det nye tiltag gik imidlertid tabt mellem projektgruppen og misbrugskonsulenterne fra KABS. Derfor oplevede de det som et forsøg på at gå uden om deres ledelse, da personalet i DD-klinikken pludselig bad dem om at løse opgaver, som ikke var aftalt eller honoreret i projektet:

Vi syntes, det var noget underligt noget, at de pludselig kom til os med en ny opgave, vi ikke havde hørt om fra vores egne ledere. Det skulle være taget til referat, men det var det ikke, og vi havde ikke hørt noget. Det er ligesom om de forskellige niveauer i projektet ikke rigtigt har spillet sammen. (Misbrugskonsulent, KABS)

Det gav anledning til en del debat omkring honoreringen af den tid, det ville tage at skrive notatet, og da der ikke kunne etableres enighed omkring dette, blev løsningen, at misbrugskonsulenterne i løbet af forsamlingen skriver et håndskrevet notat, som klinikpersonalet i DD-klinikken bagefter selv skriver ind i patientens journal.

I interviewene fremgår det for det første, at den manglende overlevering af information mellem projektgruppe og udførende medarbejdere ses som en illustration af, at kommunikationen mellem de forskellige dele af projektet generelt har været mangelfuld. For det andet har det været en uundværlig stor kilde til frustration for de involverede, at selv så små justeringer af samarbejdet i projektet volder så store problemer.

Misbrugskonsulenterne har haft det svært med den afgrænsede rolle som konsulent:

Både misbrugskonsulenterne og DD-klinikkens personale definerer misbrugskonsulenternes rolle ved forsamlingen som konsulenter, der skal komme og levere en afgrænset ydelse og så tage hjem igen. Det er en rolle, som misbrugskonsulenterne ikke trives med. De fortæller således, at de har haft et stort, men ikke imødekommet ønske om at få tilbagemelding på, hvorvidt patienterne fra forsamlingen blev inkluderet i projektet.

Misbrugskonsulenterne fortæller i den forbindelse, at de fra PC Glostrup har fået at vide, at de skulle se deres afgrænsede rolle som en lettelse, fordi der var tale om en afgrænset rolle – ligesom man mange andre steder i det regionale system sender henvisninger eller løser delopgaver i et forløb uden at skulle tage ansvar for helheden i dette.

Misbrugskonsulenterne finder imidlertid denne måde at arbejde på utilfredsstillende, fordi de, efter eget udsagn, er vant til at interessere sig for og tage ansvar for helheden i de forløb, de er involveret i. De er derfor skeptiske over at skulle levere noget arbejde, som de ikke ved, hvad der sker med, og de stiller spørgsmålstejn ved, hvorvidt deres udtalelser og notater om patienterne reelt er blevet brugt til noget. Samtidig ønsker misbrugskonsulenterne at blive involveret på mere ligeværdige præmisser. De er fx ærgerlige over, at de til forsamlingen har været nødt til selv bede om lov til at se journalen, inden patienten kom, for at have det samme udgangspunkt som det tilstedeværende personale fra DD-klinikken.

DD-klinikkens screeningsredskaber illustrerer forskelle i tilgang til behandling:

I forbindelse med forsamlingen skal patienterne udfylde en række spørgeskemaer. Disse spørgeskemaer bliver tilsendt inden forsamlingen, og patienterne bliver opfordret til at udfylde dem inden mødet. Det er dog ikke alle, der gør det, og der bliver derfor ofte brugt tid på at udfylde dem til mødet eller efter, da DD-klinikken har brug for dem til vurderingen af, hvorvidt patienterne er en del af målgruppen for projektet. For personalet på klinikken giver skemaerne en række vigtige oplysninger om patienten, som de har brug for at kunne lave en ordentlig diagnose og vurdere, hvilket behandlingstilbud der vil være mest egnet.

Personalet i misbrugsinstitutionerne oplever til gengæld de mange forskellige skemaer som meget krævende for patienterne og som noget, der primært skal bruges til at sortere patienterne fra. En siger:

Det er klart, at der har været store kulturforskelle i projektet. Det er nogle meget lange spørgeskemaer med nogle meget lange og svære sætninger, de bruger til at udrede patienterne. Jeg har flere gange siddet til forsamlingen og tænkt, 'hvad er det egentlig, der bliver spurgt om nu?' Det er også hårdt fysisk at sidde til udredning i to timer over for tre fagpersoner med spørgsmål, der går meget tæt på.

Det illustrerer meget godt de meget forskellige tilgange til behandlingen, vi har: Hos os tager vi imod patienten med åbne arme og forsøger at finde et tilbud, der passer den enkelte. I den regionale Psykiatri skal de igennem en grunddig udredning og passe ind i en bestemt kasse, inden de kan få noget. (Misbrugskonsulent)

Derefter peger de på, at den behandling, som kan tilbydes i projektet, jo er den behandling, som DD-klinikken tilbyder. For misbrugskonsulenterne betyder det, at de har svært ved at bidrage med egentlige behandlingsanbefalinger, men kun med spørgsmål om den konkrete udredning. En siger:

Det er svært at pege på konkrete behandlingstiltag, når det jo kun er 'deres' behandling [psykiatrien]. Jeg kan jo ikke henvise til noget af den behandling, som jeg kender til og normalt vil bruge.

I forlængelse af ovenstående vurderer misbrugskonsulenterne, at de ud over selve misbrugsudredningen har ydet et værdifuldt bidrag til forsamlingen, fordi de er gode til at skabe relationer til patienten. Til trods for dette vurderer de imidlertid også, at deres deltagelse grundlæggende ikke tilfører forsamlingen noget, som behandlerne i DD-klinikken ikke selv er i stand til:

Jeg kan ikke se, hvorfor de ikke selv skulle kunne udrede misbruget, hvis tilbuddet skal fortsætte. Det er jo også lidt mærkeligt at have en dobbeltdiagnoseklinik, hvor vi skal være med bare for at udrede misbruget. Meningen er jo, at de skal fungere som et integreret tilbud, hvor både misbrug og psykiatrisk diagnose behandles samtidigt. (Misbrugskonsulent)

Heroverfor fremgår det af interviewet med DD-klinikkens personale, at de deler oplevelsen af at opstartssamtalerne er hårde for patienterne, først og fremmest fordi der er tre behandlere, som patienten skal forholde sig til:

Det er krævende over for patienten, at der er så mange mennesker, man skal forholde sig til. Det ville være bedre, hvis vi selv bare varetog misbrugsdelen. Patienten bliver også forvirret, når der kommer spørgsmål og information fra forskellige vinkler. (Medarbejder, DD-klinikken)

Samtidig vurderer DD-klinikkens personale, at de qua involveringen i DD-projektet i dag ikke behøver hjælp til at udrede misbruget. Det fremstår således som en fælles anbefaling, at misbrugsbehandlerne ophører med at deltage i DD-klinikkens forsamlinger.

3.3.2 Perspektiver på samarbejdet om rusmideleduktion

Som beskrevet i kapitel 2 er det aftalt, at DD-projektet frikøber misbrugskonsulenter fra KABS og Blå Kors til at levere gruppebaseret rusmideleduktion som en integreret del af behandlingen i DD-klinikken.

Interviewene viser, at de involverede fagpersoner har oplevet et godt fagligt samarbejde. Personalet fra DD-klinikken fortæller således, at de været meget tilfredse med indholdet og kvaliteten af undervisningen. På samme måde oplever de kommunale misbrugskonsulenter, at de er blevet mødt med respekt og anerkendelse for den leverede undervisning.

Til trods for det gode samarbejde er de involverede enige om, at udbyttet af rusmideledukationen langt fra har matchet de ressourcer, det har krævet at planlægge og levere undervisningen. Det skyldes, at der kun har været afholdt tre undervisningsforløb af 4-5 gange hen over projektperioden, samt at patienternes fremmøde til undervisningen har været begrænset. Ifølge interviewpersonerne har der således kun været 2-3 patienter til de enkelte undervisningsgange, hvilket vil sige, at det reelt kun er ca. 6-8 af de 38 inkluderede patienter, der har deltaget i undervisningen.

De involverede peger på nedenstående tre komplementære årsager til patienternes manglende deltagelse:

- For det første har der (som det også fremgår af afsnit 3.1) været mindre end halvt så mange aktive patientforløb i DD-klinikken som forudsat fra starten. Derfor har der heller ikke været mulighed for at holde ret mange gruppeforløb, og der har ikke været så mange patienter som forventet til at deltage i de enkelte forløb.
- For det andet har mange patienter været i misbrugsbehandling og modtaget rusmideledukation flere gange tidligere. De få deltagere i de gennemførte forløb har i forlængelse af undervisningen givet udtryk for, at de ikke har fået noget nyt ud af at deltage, da undervisningen er den samme, som de har fået før.
- For det tredje har rusmideledukationen ikke været lagt i forlængelse af de dage/tidspunkter, hvor patienterne i forvejen var på PC Glostrup. De kommunale misbrugskonsulenter udpeger dette som en væsentlig barriere, fordi patienterne i forvejen har svært ved at passe deres tider.

Mulighederne for at motivere patienterne til at deltage i undervisningen samt for at lægge undervisningen på de dage, hvor patienterne i forvejen er til behandling, er drøftet i projektets styregruppe. Men til trods for at det er forsøgt at tage højde for disse forhold, er det ikke lykkedes at øge fremmødet til undervisningen. Interviewdeltagerne vurderer derfor, at det ikke er hensigtsmæssigt at videreføre rusmideledukationen, medmindre planlægningen og organisationen ændres væsentligt.

3.4 Kommunikation mellem DD-klinik og kommuner

Som beskrevet i kapitel 2 har der været en forventning om, at DD-klinikken og kommunerne løbende holder hinanden orienteret om, hvor i forløbet patienterne er, samt om der er sociale forhold, som den anden part bør være opmærksom på. Bindeleddet har bestået af en socialrådgiver ansat i DD-klinikken samt en kontaktperson fra hver af de deltagende kommuner. Interviewdeltagerenes perspektiver og fremadrettede anbefalinger til samarbejdet omkring den tværgående kommunikation præsenteres i nedenfor.

3.4.1 Perspektiver fra Psykiatrisk Center Glostrup

Det fremgår af interviewene, at DD-teamet – bortset fra enkelte smuttere – systematisk har udsendt information fra DD-klinikken til kommunale kontaktpersoner og sagsbehandlere, når der er henvist/inkluderet/ekskluderet patienter, eller når forløbet er afsluttet. Interviewpersonerne fra PC Glostrup vurderer i den forbindelse, at det har været svært at få informationen frem til den rette sagsbehandler i kommunen. Dette ses også som en årsag til, at der primært har været tale om envejskommunikation:

Kommunerne har været meget interesserede i at få information, når vi har snakket om det i styre- og projektgruppen. Men vi kan se, at masser af kommunikation er gået tabt – det virker ikke til, at det er kommet ned til de sagsbehandlere, der sidder med de konkrete borgere. Vi har ikke fået ret meget retur, og vi havde forventet lidt mere respons, hvis de sad inde med oplysninger, der har betydning for behandlingen.

(Leder, PC Glostrup)

I forlængelse af ovenstående har PC Glostrups forventning været, at de kommunale kontaktpersoner informerer relevante sagsbehandlere og ledere i det kommunale system om DD-projektet, så de ved, hvad informationen skal anvendes til, når kontaktpersonerne videregiver oplysninger fra DD-klinikken til den rette sagsbehandler. Vurderingen er dog, at dette ikke har holdt stik, og en stigende kompleksitet på det kommunale misbrugsområde fremhæves som en af årsagerne:

Det er syv forskellige organiseringer, vi har set. Så når vores socialrådgiver kommer i kontakt med den enkelte sagsbehandler, er de ret blanke på, hvad det her går ud på. Der er vi blevet udfordret, kompleksiteten er blevet øget. Vi er vant til, at den centrale samarbejdspart i kommunerne er psykiatri og handicap, men i dag er jobcentrene næsten altid på banen. Og de har ikke været tænkt ind i projektets styre- eller projektgrupper. I takt med at vi blev opmærksomme på problemet, har vi selv taget initiativ til at informere på jobcentrene og forsøge at få kontakter til de relevante sagsbehandlere her. En anden gang vil vi være meget mere opmærksomme på, hvordan vi fra starten kan få nogle kontaktpersoner i de forskellige jobcentre. (Leder, PC Glostrup)

Det er dog ikke kun kompleksiteten i den kommunale organisation, der bliver italesat i interviewene. PC Glostrup oplever således også, at kommunernes engagement til samarbejdet har varieret. Oplevelsen er, at nogle kommuner har været nemme at samarbejde med, mens andre har været usikre på, hvad samarbejdet gik ud på. Personalet i DD-klinikken forklarer i den forbindelse, at:

Vi oplever, at dem, der sidder i kommunerne, mere er vant til at skrive bevillinger, behandle ansøgninger m.m., og det med at skulle forebygge og inddrages i et samarbejde, det har været svært for nogle af dem. Mange stiller spørgsmålstejn ved, hvad de skal med den information, vi giver dem. De ved ikke, om de skal tage action på det, eller hvad de skal bruge den viden til. (Medarbejder, DD-klinikken)

DD-projektet har i forlængelse af ovenstående været i kontakt med de kommunale kontaktpersoner undervejs i projektet for at høre, om der var noget, de ønskede mere eller mindre af, og for at sikre en dialog med jobcentrene. På samme måde er der også holdt møder med nogle, men ikke alle jobcentre, om deres forventede rolle i projektet. Oplevelsen er imidlertid, at disse initiativer ikke har givet de ønskede resultater, hvorfor den tværgående kommunikation fortsat ikke lever op til forventningerne ved projektets afslutning.

3.4.2 Perspektiver fra de deltagende kommuner

De kommunale interviewpersoner bekræfter (jf. de pointer, der også er gengivet i afsnit 3.1), at det er en stor opgave for at forankre tilstrækkelig viden om DD-projektet på tværs af relevante enheder og sagsbehandlere. På den ene side er der flere, som anerkender, at PC Glostrup har arbejdet aktivt på at besøge kommunerne for at informere om projektet. På den anden side er der også enighed om, at PC Glostrup har undervurderet, hvor meget dialog og information det kræver at forankre et projekt på tværs af syv kommuner. Kommunerne efterlyser derfor dels PC Glostrup i en mere synlig og opsøgende rolle, hvis det for alvor skal lykkes at forankre viden

om projektet i kommunerne, dels at der udarbejdes et lettilgængeligt informationsmateriale om projektet.

Hovedpointen fra kommuneinterviewene er dog, at de kommunale interviewdeltagere er i tvivl om, hvad DD-projektet – og den information, der sendes fra DD-klinikken – kan/skal bruges til i kommunen. Interviewpersonerne fortæller i den forbindelse, at de ikke oplever sig som en aktiv part, der har haft indflydelse på DD-projektets udformning samt rammer og indhold for den information, der udveksles om projektets borgere. Det fremgår samtidig, at kommunernes ønsker til projektet er drøftet på flere projekt- og styregruppemøder, uden at det har givet de ønskede resultater:

Møderne har været velfungerende, godt styrede osv. Men man underkender, hvor lang tid det tager at lære at tale sammen på en ny måde. Jeg har svært ved at forestille mig, at der er nogen, der synes, at det her er den succes, de havde forestillet sig.

(Kommunal leder)

I forlængelse af dette forholder interviewpersonerne fra tre af de fire kommuner, der har deltaget i evalueringen, sig først og fremmest til, hvad DD-projektet kunne gøre for at forankre projektet bedre i kommunerne. På den anden side er der en kommune, som fra starten havde store forventninger til projektet, der sidder tilbage med en oplevelse af ikke at være inddraget. Det fremgår således:

Jeg tror, at vi i kommunerne fra starten misforstod konceptet, fordi vi blev indbudt til et samarbejde, og vi troede, det ville være mere end det, Glostrup endte med at lægge op til.

(Kommunal leder)

Interviewene indikerer således, at oplevelsen af manglende indflydelse på forskellige måder kan udgøre en kilde til manglende kommunalt ejerskab til DD-projektet. Dette er også afspejlet i perspektiverne på den skriftlige information, som DD-klinikken sender til de kommunale kontaktpersoner. Som det fremgår af nedenstående citater, opleves informationen ikke anvendelig for de kommunale kontaktpersoner og sagsbehandlere:

Vi får en mail med navn, cpr-nummer og dato for fx, at de er indkaldt til forsamtale eller tilbudt at starte i behandling. Det er fint nok, hvis meningen bare er, at vi skal holdes orienteret. Men hvis meningen er, at vi skal bidrage med noget, har vi brug for mere viden om borgeren: Hvad er det fx for en behandling, borgeren har fået? Hvad er der kommet ud af det? Og hvad skal vi gøre?

(Kommunal leder)

Vi ville gerne arbejde endnu tættere sammen. Vi har oplevet, at PC Glostrup har kørt det for sig selv. Vi blev oplyst og informeret, når borgere er blevet indskrevet, og hvis de er blevet udskrevet, eller hvis der var en bekymring. Men vi vil gerne inddrages i langt højere grad. Vi vil gerne hele vejen omkring borgeren, også på det socialrådgivermæssige – bolig, økonomi, arbejde og sådan nogle ting. Og det er ikke sket.

(Kommunal leder)

Kommunerne efterlyser derfor en mere aktiv og handlingsanvisende information fra DD-klinikken samt en dialog, hvor mails i højere grad suppleres af personlig kontakt. Konkret efterlyses det bl.a., at:

- meddelelser fra DD-klinikken indeholder en kort forklaring på, hvorfor informationen er sendt, hvad det er meningen, den skal bruges til, samt hvem man kan kontakte i tilfælde af tvivlsspørgsmål
- DD-klinikken udsender en halvårsstatus på, hvor de inkluderede borgere er i deres forløb

- DD-klinikken laver en afsluttende status på, hvad borgerne har gennemgået, og hvad de har fået ud af det.

En kommune fortæller også, at de har sendt oplysninger om relevant kommunal kontaktperson retur til DD-klinikken ud fra en forventning om, at klinikken ville kontakte sagsbehandleren. Oplevelsen er dog, at dette ikke er sket. På samme måde fremgår det, at den pågældende kommunes sagsbehandlere i enkelte tilfælde selv har kontaktet DD-klinikken for at få uddybet den tilsendte information. Oplevelsen har imidlertid været, at kommunens ønske om supplerende viden ikke er blevet imødekommet med henvisning til, at den enkelte borger skal give samtykke. Dette undrer flere af de kommunale interviewdeltagere, dels fordi de vurderer, at borgerne oftest gerne vil give samtykke, dels fordi borgerne netop skriver under på en samtykkeerklæring, der giver DD-klinikken og kommunen mulighed for at udveksle viden.

3.5 Opsamling og delkonklusion

Dette kapitel har givet en detaljeret gennemgang af, hvordan de involverede fagpersoner og ledere oplever DD-projektets arbejdsgange, samt i hvilket omfang de oplever, at DD-projektet bidrager til et styrket samarbejde. Det fremgår, at de modeller for kommunikation og samarbejde, som er beskrevet i DD-projektets projektbeskrivelse, langt hen ad vejen er fulgt i udmøntningen af projektet. Det fremgår også, at PC Glostrup – både alene og i dialog med projektets styre- og projektgruppe – har forsøgt at adressere de barrierer, der undervejs har været for projektets udmøntning.

Der har imidlertid været mange udfordringer relateret til DD-projektets implementering, og interviewene indikerer, at det i begrænset omfang er lykkedes at finde fælles accepterede løsninger på disse. Generelt indikerer interviewene, at kommunikationen internt i projektet og mellem de forskellige dele af projektorganisationen og samarbejdspartnere ikke har fungeret godt. Det har været fx været uklart, om det var PC Glostrups projektledere eller repræsentanter fra styregruppen, der var ansvarlige for at kommunikere vigtige beslutninger truffet om projektet ud til de konkrete samarbejdspartnere/eget organisatoriske bagland. De involverede aktører peger således på, at der har manglet en fælles og accepteret forståelse for fordelingen af ansvar og opgaver i relation til projektet.

De tre primære udfordringer for DD-projektets vej til praksis knytter sig til nedenstående forhold:

DD-klinikken har inkluderet færre patienter end forventet

DD-klinikken har igennem hele projektperioden haft en relativt stor uudnyttet behandlingskapacitet. Nedenstående gensidigt forstærkende udfordringer fremstår som årsager til dette:

- Det har været mere kompliceret end først antaget at forankre en opmærksomhed på DD-projektet i kommunerne. Disse har derfor ikke haft så aktiv en rolle i forhold til opsporing af relevante borgere som forventet, hvilket vurderes at have haft en afsmittende rolle på antallet af henvisninger fra almen praksis.
- PC Glostrup har savnet en praksiskonsulent til at bygge bro til de praktiserende læger.
- DD-klinikkens samarbejdspartnere oplever, at mange af de DD-patienter, de er i kontakt med, ikke matcher de visitationskriterier, som er opstillet af PC Glostrup.
- Kommuner og misbrugsbehandling efterlyser en mere fleksibel procedure for henvisning end den, der har kunnet lade sig gøre inden for projektets rammer.
- Der har været et overlap imellem DD-klinikkens målgruppe og målgruppen for de DD-forløb, der i udgangspunktet fandtes på misbrugsinstitutionerne.

De involverede fagpersoner oplever, at samarbejdet mellem DD-klinikken og misbrugsbehandlingen ikke giver det forventede udbytte

De involverede fagpersoner anbefaler at stoppe samarbejdet omkring forsamtaler og rusmiddeludvikation, hvis det besluttes at videreføre DD-klinikkens tilbud. Det skyldes, dels at misbrugs-konsulenterne trives dårligt med den afgrænsede konsulentrolle, de er tildelt i projektet, dels at der på tværs af de involverede fagpersoner er en oplevelse af, at udbyttet ikke står mål med de ressourcer, som samarbejdet kræver.

Den tværgående kommunikation mellem DD-klinik og kommunale sagsbehandlere opleves mangelfuld

Den tværgående kommunikation mellem DD-klinikken og de syv kommuner i klinikkens optageområde opleves mangelfuld af begge parter. Dette er også afspejlet i interviewpersonernes perspektiver på den patientrettede kommunikation, der ifølge de involverede har været præget af, at forventningerne imellem afsender og modtager ikke har været fuldt afklaret. Derfor oplever begge parter, at der i for høj grad er tale om envejsskommunikation, når der udveksles oplysninger, og især modtagerne i kommunerne har svært ved at se, hvad de kan/skal bruge informationen fra DD-klinikken til. Det fremgår samtidig, at det har været vanskeligt at etablere en gensidig dialog omkring disse forhold, samt at der har manglet viden om DD-projektet i kommunerne.

4 Deltagernes perspektiver på DD-projektets resultater

Interviewene tegner på den ene side et billede af et projekt, hvor der er etableret et behandlingstilbud, som alle parter er enige om, giver et godt og relevant behandlingstilbud, som baserer sig på anerkendte behandlingsprincipper til de indskrevne patienter²¹.

Interviewene viser dog også, at det konkrete samarbejde, som er skabt i projektet, er begrænset, og at samarbejdspartnerne har en udbredt oplevelse af, at deres viden og kompetencer ikke er reelt inddraget i det, der foregår på DD-klinikken. Oplevelsen er således, at projektet i højere grad er kommet til at handle om afprøvning af nogle konkrete behandlingsmetoder til integreret behandling på PC Glostrup fremfor en afprøvning af samarbejdsrelationer på tværs af de involverede parter, som nærværende evaluering har til formål at undersøge. Heroverfor har interviewdeltagerne fra PC Glostrup en oplevelse af, at de på mange måder har forsøgt at involvere projektets samarbejdspartner, men at der har manglet ejerskab og opbakning, fordi kommuner og misbrugscentre i udgangspunktet har ønsket et andet projekt end det, der var defineret fra Region Hovedstadens Psykiatri.

I forhold til de opstillede succeskriterier omkring kommunikation og samarbejde (jf. programteorien i kapitel 1) tegnes der således et billede af, at DD-projektet ikke har bidraget til øget oplevelse af fælles mål, viden og tillid på tværs af fagpersoner og aktører. For mange af de deltagende aktører i misbrugs- og behandlingspsykiatrien er oplevelsen i stedet, at projektet har bekræftet og cementeret de negative forestillinger, der i udgangspunktet var til hinandens faglighed og tilgang til behandling.

Det ærgrer de involverede aktører, at det er disse erkendelser, som står tilbage efter DD-projektet. Derfor har de hver især været optagede af, hvorfor projektet er forløbet, som det er, samt hvilken læring man både lokalt og i andre lignende projekter bør tage med videre. Parterne understreger i den forbindelse, at de til trods for erfaringerne fra det aktuelle projektførelse ser et stort behov for fortsat at udvikle det lokale samarbejde omkring DD-behandlingen. I forlængelse af dette havde parterne en række overvejelser omkring forløbet – og hvad de kunne have gjort anderledes, som præsenteres i de nedenstående afsnit.

4.1 DD-projektets tidlige faser

4.1.1 De første projektbeskrivelser og dialogen om disse lægger op til et integreret samarbejde

DD-projektet havde en forholdsvis lang planlægningsfase, hvor forskellige muligheder for samarbejdet og inddragelse blev diskuteret. PC Glostrup besøgte i denne fase de tre misbrugsbehandlingstilbud og inviterede disse til at komme med input til, hvordan de kunne se projektet forme sig, og hvad de ville have mulighed for at bidrage med.

Det fremgår, at der i denne fase var forskellige projektbeskrivelser i spil. Den første var formuleret af Region Hovedstadens Psykiatri og beskrev rammerne for et tæt integreret samarbejde på tværs af behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen. Repræsentanterne fra misbrugsbehandlingen fik derfor en forventning om, at der skulle etableres et egentligt integreret behandlingstilbud på tværs af behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen:

²¹ Effekterne for de inkluderede patienter undersøges som nævnt af PC Glostrup.

I den første beskrivelse fremgik det, at der var tale om et fælles projekt under samme hat, og det blev endda også nævnt, at det skulle være under samme ledelse. På det mere operationelle niveau var der lagt op til, at psykiatere og psykologer fra PC Glostrup deltager i det kliniske arbejde tæt integreret med vores behandlingspersonale.

(Leder, KABS)

Det har tidligere været svært at etablere samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og psykiatrien, så jeg hilste det her projekt meget velkommen. Det fremgik også, at projektet skulle styrke samarbejdet på tværs.

(Leder, Blå Kors)

De indledende drøftelser blev efterfulgt af en længere planlægningsperiode, hvor det primært var PC Glostrup, der arbejdede med projektet. Særligt deltagerne fra misbrugsbehandlingen havde en oplevelse af, at de var blevet koblet af, og flere beskriver, at de ind imellem var i tvivl om, hvorvidt projektet overhovedet ville blive til noget. Omvendt beskriver deltagerne fra PC Glostrup, at de havde behov for en arbejdsperiode, som bl.a. blev brugt til en grundig litteratursøgning omkring integreret behandling og afklaring omkring ejerskabet til projektet:

Der var en del hurdler med at finde hinanden i styregruppen. Det skyldes, at projektet startede på en anden måde, end projekter normalt kommer i stand på. Det var besluttet fra centralt hold, uden at vi havde været hørt. Normalt er det jo os, der ansøger om et projekt. Så her er det gået den omvendte vej. Derfor var vi også inde ved Region H's psykiatri for at drøfte udformningen af projektet.

(Leder, PC Glostrup)

4.1.2 Projektet ender med at blive defineret af PC Glostrup og udmøntes under tidspres

Drøftelserne endte med, at Region Hovedstadens Psykiatri meldte ud, at der var tale om et regionalt projekt, hvor PC Glostrup var projektejer. Samtidig stod det klart, at projektet skulle hurtigt i gang, så det kunne være gennemført og evalueret ved udgangen af 2014. Deltagerne fra PC Glostrup fortæller om dette:

Det var et toårigt projekt, men vi fik først noget i hænderne, da der var gået et halvt år. I november 2012 får vi et projektudkast, i maj 2013 ansætter vi de første folk og begynder at indtage patienter i august 2013. Det var en udfordring, at vi næsten skulle være færdige med projektet, før vi var kommet i gang. Vi fik en projektbeskrivelse med datoer og så videre, som krævede, at det skulle gå rigtig stærkt. Det ødelagde projektet.

(Leder, PC Glostrup)

Kombinationen af en lang planlægningsperiode og en stram deadline for DD-projektets gennemførelse betød, at projektet var udfordret på tid. Derfor udarbejdede PC Glostrup på baggrund af sin litteraturgennemgang, en protokol for projektet, som beskrev, hvordan visitationen skulle foregå, hvilke in- og eksklusionskriterier der skulle anvendes, og hvad behandlingen mere formelt skulle indeholde. Protokollen blev efterfølgende præsenteret for kommuner og misbrugsbehandling på et styregruppemøde.

4.1.3 Projektets endelige udformning ligger langt fra misbrugsbehandlingens forventninger

På ovennævnte møde, som blev holdt ca. fem måneder inde i projektet, blev det for første gang klart for misbrugsbehandlingen, at deres medarbejdere ikke skulle deltage i selve behandlingen. Samtidig var en række af de metoder (relationsbehandling, familiebehandling, stabiliserende døgnbehandling og motion), som misbrugsbehandlingen havde foreslået, valgt fra. Da begrundelsen for fravalget af disse behandlingstiltag bl.a. blev givet som fravær af evidens

for deres effekt på dobbeltdiagnoseområdet, oplevede misbrugsbehandlingen det som en underkendelse af deres behandlingsarbejde mere generelt. Samtidig sad lederne fra misbrugscentrene tilbage med en oplevelse af at være ekskluderet og sat uden for indflydelse.

Som illustreret i nedenstående citat anerkender og forstår de projektansvarlige ledere fra PC Glostrup misbrugsbehandlingsoplevelse af forløbet:

Jeg er ked af, det er endt, som det er. At der er nogle, der har følt sig devalueret, er blevet kede af det osv. Set i bagklogskabens lys burde vi have haft bedre tid – og været mere inkluderende over for samarbejdspartnerne i misbrugsbehandlingen.

I forlængelse af ovenstående har lederne fra PC Glostrup og misbrugsbehandlingen en række overvejelser om, hvordan projektet kunne være gennemført anderledes. Inden vi vender tilbage til disse, er det dog nødvendigt at gennemgå de forskellige behandlingstilgange, som også har præget diskussionerne om DD-projektets rammer og indhold.

4.2 Faglige modsætninger mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien

4.2.1 Forskellige tilgange til behandling

Den endelige projektprotokol (og de drøftelser der var gået forud for denne) har været præget af diskussioner, som bunder i behandlingspsykiatriens og misbrugsbehandlings forskellige grundvilkår og forskellige tilgange til behandling. Disse præsenteres i de følgende afsnit.

Selvom der generelt har været enighed om, at DD-projektet skulle tilbyde patienterne integreret evidensbaseret behandling af deres sindslidelse og misbrug, har der været en forholdsvis forskellig opfattelse af, hvad dette indebærer. Det er også afspejlet i perspektiverne for det litteraturstudie, som PC Glostrup gennemførte som grundlæggende for den endelige projektprotokol. Formålet var her at identificere, hvilke behandlingstiltag der eksisterer evidens for, virker over for mennesker med forskellige kombinationer af dobbeltdiagnose. De identificerede en række behandlingstiltag, som er udviklet inden for behandlingspsykiatrien og er effektive over for sameksisterende sindslidelse og misbrug. Der er i et vist omfang tale om behandlingsmetoder, som også anvendes på misbrugsinstitutionerne. Men der er forskel på, hvor stringent henholdsvis PC Glostrup og misbrugsbehandlingsinstitutionerne tolker evidens, og dermed hvilke behandlingsmetoder man opfatter som evidensbaserede.

PC Glostrup anvender en stringent tilgang til at tolke evidensen på området, og litteraturgengangen er derfor omsat til ét konkret integreret behandlingstilbud. Udgangspunktet er, at der kun er inkluderet patienter, for hvem der eksisterer effektiv evidensbaseret behandling, mens patienter, for hvem der ikke på samme måde findes effektiv veldokumenteret behandling, er ekskluderet. Derudover er der også eksklusionskriterier, som går på alder og adfærd. Det er således – med henvisning til den eksisterende evidens – en selekteret gruppe af DD-patienter, der kan tilbydes behandling på DD-klinikken.

Over for denne tilgang stod misbrugsbehandlingsinstitutionerne, der har en anden og mere bred tilgang til at anvende evidensbaserede koncepter som afsæt for integreret DD-behandling. Her er forudsætningen for behandling, at man ikke ekskluderer patienter på grund af manglende evidens. I stedet forsøger man at møde patienterne, hvor de er, og lave et forløb der passer til den enkelte med afsæt i de forskellige evidensbaserede koncepter, der arbejdes med, også selvom der 'kun' er evidens for, at metoden virker i forhold til fx misbrug og depression, men fx ikke misbrug og ADHD.

Som det fremgår, er der tale om to forskellige tilgange til evidens og behandling, der også afspejler misbrugsbehandlingsinstitutionernes og PC Glostrups forskellige grundvilkår og roller. Samtidig viser interviewene, at de forskellige tilgange i høj grad har præget perspektiverne på DD-projektets udformning og visitationskriterier:

Vi har desværre talt meget forbi hinanden i forhold til, hvad evidens er, og hvad der sker ude i verden på området.
(Leder PC Glostrup)

4.2.2 Uenighed om DD-klinikkens målgruppe

De begrænsninger, der ligger i DD-klinikken visitationskriterier, har således været en kilde til undren blandt samarbejdspartnerne i misbrugsbehandlingen og til dels også i kommunerne. Man er uforstående over for, at hvis man har et menneske med en psykisk lidelse og et misbrug, hvorfor kan vedkommende så ikke blive en del af projektet? Det kan godt være, at der ikke findes evidens for, hvordan netop denne konstellation af misbrug og sindslidelse skal behandles, men derfor skal vedkommende vel behandles alligevel, er et udsagn, som blev gentaget blandt misbrugsbehandlerne. Og alt andet lige vil en klinik med netop dette fokus vel være de bedste til at tage sig af disse mennesker, er opfattelsen videre blandt misbrugsbehandlerne:

Vores indtryk var, at DD-klinikkens målgruppe skulle være dem, vi går og behandler på i dag. Ikke en eksklusivt filtreret målgruppe, som lige passer spot on til en gruppe, der er lavet evidens på før. Vi tænkte, at hele meningen med projektet ikke var at booste driften af nogle velkendte spor, men at sætte motor under behandlingspsykiatriens tilbud til en målgruppe, som man i rigtig mange år har stødt fra sig.
(Leder fra KABS)

Jeg synes, at man igen svigter dem, der har brug for det. Dem, der er så dårlige, at de ikke har struktur eller de ressourcer, der skal til for at møde i et ambulans regi. Det er for mig at se begrundet i, at man har valgt den målgruppe, der i forvejen passede ind i det set-up, man i forvejen kørte på PC Glostrup.
(Leder, Blå Kors)

Begrænsningerne i, hvem der kan indskrives i projektet, har således hos både kommuner og misbrugsbehandlingsinstitutionerne ledt til en oplevelse af, at DD-projektet har haft en anden form og en lettere målgruppe end forventet. Dette skyldes bl.a. visitationskriterierne, men også at behandlingstilbuddet er udformet på en måde, der kan være med til at selektere de mere belastede patienter fra. Kravet om fremmøde på et aftalt klokkeslæt med henblik på to timers forsamtale, en times terapi etc. fremhæves som eksempler på krav, som det kan være vanskeligt for de mere belastede patienter at honorere. Oplevelsen er således, at det kun er de mest velfungerende DD-patienter, der kan få behandling på DD-klinikken, samt at der fortsat er en stor gruppe mennesker med en dobbeltdiagnose i 'mellemløbet', der ikke får adgang til behandling.

Interviewpersonerne fra PC Glostrup har imidlertid en helt anden vinkel på projektets udformning. Udgangspunktet er her, at der skal være solid evidens for den behandling, som patienterne tilbydes:

Hvorfor skal vi bruge en masse ressourcer på noget, der ikke er dokumentation for virker? [...] Vi valgte at være eksklusive, fordi det er det eneste, der giver mening i forhold til ressourcer. Det er ikke, fordi dem, hvor man ikke kan få det til at virke behandlingsmæssigt, ikke skal have noget behandling. Spørgsmålet er bare, om de skal have behandling, der ikke virker, eller om vi i stedet skal finde et godt sted, de kan bo, hvor der er trygge rammer osv. Jeg vil hellere differentiere på den måde. Men det blev en konflikt...
(Leder PC Glostrup)

Det er her, de to paradigmer mødes. Nogle mener, det er umenneskeligt, at vi hiver folk ind til samtaler, hvis de ikke kommer i behandling alligevel. Jeg har det sådan: vi bruger nogle evidensbaserede metoder. Jeg synes, det er respektløst at hive folk ind til 15 samtaler for så at sige til sidst, det var ikke det, der virkede alligevel.

(Medarbejder, DD-klinikken)

Samtidig oplever DD-klinikkens personale patienterne som forholdsvis belastede. Der er typisk tale om patienter, som har været i misbrug igennem en årrække og typisk også tilknyttet forskellige former for behandlingstilbud gennem mange år. Det beskrives at have været en overraskelse, at patientgruppen har været så tung.

4.2.3 Behandlingen i DD-klinikken

Som beskrevet ovenfor består behandlingen i projektet primært af en række forskellige psykoterapeutiske metoder, eventuelt suppleret med psykofarmaka, og så et tilbud om stofeducativ gruppe. Der er ingen tvivl om, at særligt de psykoterapeutiske metoder bliver opfattet som et meget positivt bidrag i projektet. At mennesker med en egentlig dobbeltdiagnose kan få tilbudt et kvalificeret, intensivt terapeutisk forløb ses hele vejen rundt blandt informanterne som meget positivt og hjælpsomt for patienterne. Og der er også en forventning om, at projektet vil kunne dokumentere en positiv effekt for de inkluderede patienter.

Misbrugsbehandlingsinstitutionerne og kommunerne har dog også forskellige opfattelser af, hvilke tilbud patienterne skal have ud over den behandling, der foregår i projektet. Misbrugsbehandling omfatter traditionelt også en social dimension, og her er der usikkerhed om, hvorvidt DD-klinikken også løfter denne opgave. Det vil sige, er det al misbrugsbehandling, der nu ligger hos Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug, eller skal kommunen derudover også tilbyde social misbrugsbehandling – fx i form af et tilbud om samtaler eller et værested?

Det fremgår i den forbindelse, at der har været drøftelser af, om misbrugsbehandlingen kunne have ansvar for fx familierterapi. Som det fremgår af nedenstående citater, strandede disse drøftelser imidlertid også:

Rigtig god misbrugsbehandling er, når man inddrager pårørende, det er der masser af evidens for. Det tog jeg op i styregruppen og ville høre, hvordan vi tog højde for det. Det var der ikke plads til i det her projekt. Det blev til, at vi måtte indkalde patienter og deres pårørende hertil og have nogle familiesamtaler, men vi måtte ikke have terapi. Det kan man ikke. Det er jo terapi, ellers vil det blive en enesamtale fra vores side. Det blev så ikke til noget.

(Leder, misbrugsbehandlingen)

Som det fremgår af citatet, var der også her en modsætning imellem parternes tilgang til behandling.

Den model, vi arbejder efter på DD-klinikken, er baseret på, at vi arbejder integreret med misbruget og de psykiske symptomer. Det er en model, der er velkendt i Canada, Australien og USA, og der er god evidens for, at seriel behandling – det holder ikke. Så når man er i terapi på DD-klinikken, kan man ikke også gå i gruppeterapi andre steder. Og der var vores oplevelse, at hvis ikke centrene måtte levere psykoterapi, så kunne de ikke levere noget.

(Projektansvarlig, PC Glostrup)

4.3 Fremadrettet læring af forløbet

4.3.1 En stærkere og mere operationel projektledelse

I forhold til det eksisterende set-up peger bl.a. de projektansvarlige ledere fra PC Glostrup selv på, at DD-projektet har manglet projektledere på operationelt niveau:

Set i bagklogskabens lys skulle det ikke have været os ledere, der havde rollen som projektledere. Ideen var, at projektledelsen skulle have beslutningskompetence, men vi har haft alt for lidt tid at give af i forhold til det, projektet har krævet.

Vurderingen er derfor, at der skulle have været en projektleder på operationelt niveau, som i højere grad kunne tage ansvar for den tværgående kommunikation, videndeling og opgaven med at udvikle de ønskede samarbejdsrelationer. Dette matcher mange af de pointer, som er fremført af projektets øvrige parter i forhold til de udviklingsopgaver og samarbejdsrelationer, der er undersøgt i kapitel 3.

4.3.2 Et andet projekt set-up

Parternes væsentligste pointe er imidlertid, at DD-projektet – hvis der for alvor skulle være tale om et fælles projekt – grundlæggende skulle være startet og organiseret anderledes. Der peges på, at projektet – som samarbejdsprojekt – ville have haft bedre forudsætninger for at lykkes, hvis parterne fra start havde været fælles om at definere rammerne for samarbejdet. Vurderingen er, at dette kunne have skabt en bedre fælles mulighed for at præge projektet og dermed også et større fælles ejerskab til den efterfølgende udmøntning.

I forlængelse af dette peges på, at der har manglet tid og fokus på at opbygge relationer og gensidig forståelse for hinandens roller, kompetencer og bidrag til behandlingen af dobbeltdiagnose.

På det mere operationelle niveau peges endvidere på behovet for en delt (projekt)ledelse – forankret på det operationelle niveau og med kompetencer målrettet projektledelse og implementering.

4.4 Opsamling og delkonklusion

Det fremgår af dette kapitel, at historikken omkring DD-projektets tilblivelse samt misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatriens forskellige tilgange til behandling har haft stor betydning for udmøntningen af DD-projektet.

Forskellige forventninger til DD-projektets indhold og udformning

Misbrugsbehandlingsinstitutionerne og behandlingspsykiatrien havde forskellige udgangspunkter og forventninger til DD-projektets indhold og udformning. Samtidig var der i de tidlige faser forskellige projektbeskrivelser i spil, som især i misbrugsbehandlingen skabte forventninger om, at der var tale om et fælles projekt, hvor behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen sammen skulle gå nye veje i behandlingen af DD-patienter. En stor del af de problemer, der efterfølgende har præget DD-projektets praktiske udmøntning, kan således spores tilbage til det tidspunkt i planlægningsfasen, hvor projektet ændrede karakter fra at være et fælles samarbejdsprojekt til et projekt, der entydigt var forankret hos PC Glostrup.

Rammerne for DD-projektet var defineret af en tredjepart, og der var opstillet en stram tidsplan

DD-projektets rammer og overordnede formål var i udgangspunktet defineret af en tredje part (Region Hovedstadens Psykiatri), uden at de udførende parter sammen havde været involveret i denne proces. I den forbindelse spiller det også ind, at der fra centralt hold i Region Hovedstadens Psykiatri var opstillet en tidsplan, som satte de udførende parter under et hårdt tidspres. Interviewene indikerer, at disse forhold tilsammen har vanskeliggjort parternes opgave med at finde et fælles udgangspunkt for DD-projektet og har forstærket de konflikter, der undervejs er opstået i mødet mellem parternes forskellige perspektiver på DD-behandling.

Uklarhed/uenighed omkring DD-klinikkens målgruppe og inklusionskriterier

Diskussionen omkring DD-klinikkens målgruppe og inklusionskriterier illustrerer, at der er uklarhed/uenighed om, hvem der egentlig befinder sig i den midtergruppe, som DD-projektet skulle arbejde med. Denne uklarhed omkring behandlingsansvaret, som også er refereret i evalueringens indledning, har således præget drøftelserne omkring DD-klinikken. Dette skyldes bl.a., at deltagerne i udgangspunktet ikke har haft nogle fælles referencepunkter i forhold til, hvem midtergruppen er, samt hvordan de forskellige subgrupper i denne bedst behandles.

Konkurrerende DD-tilbud

Både PC Glostrup og de forskellige misbrugsbehandlingsinstitutioner oplevede allerede forud for DD-projektet at have viden og kompetence til at behandle mennesker med en dobbeltdiagnose. PC Glostrup har viden om både psykisk sygdom og misbrug, og behandlingsmetoderne er målrettet samtidig behandling af begge dele. KABS og Blå Kors, som i udgangspunktet er misbrugsbehandlingsinstitutioner, har gennem de senere år fået tilknyttet psykiatere og har haft personale på efteruddannelse inden for psykiatri og dobbeltdiagnose, og de vurderer derfor selv, at de også har kompetence til at løfte behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, og de havde i udgangspunktet egne DD-behandlingsforløb. Det betyder, at det reelle udgangspunkt for DD-projektet ikke har været et samarbejde mellem to parter, der hver mangler det, den anden besidder, men snarere en konkurrencesituation. Dette er også afspejlet i dialogen omkring DD-projektet, som i et vist omfang er endt med at handle om, hvis dobbeltdiagnosebehandling der er den bedste.

5 Konklusion og anbefalinger

Evalueringen viser, at DD-klinikken på den ene side anses som et velfungerende tilbud, som imødekommer et behov, og hvor de involverede parter forventer, at tilbuddet har de ønskede effekter på de inkluderede patienter. På den anden side viser opgørelserne fra DD-projektet og interviewene, at antallet af inkluderede patienter er væsentligt lavere end forventet, samt at målsætningen om styrket samarbejde og koordinering på tværs af den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling ikke er indfriet. De forhold, som har stået i vejen for de opstillede succeskriterier, knytter sig dels til DD-projektets implementering og dels til projektets grundlæggende tilblivelse og organisering.

5.1 DD-projektets implementering

Kapitel 3 viser, at der har været en række udfordringer relateret til DD-projektets implementering, som betyder, at interviewpersonerne oplever, at projektet ikke har haft de ønskede effekter i forhold til tværgående kommunikation og samarbejde.

I forhold til **opsporing og henvisning af relevante patienter** peges der på, at:

- det er mere kompliceret end først antaget at forankre en opmærksomhed på DD-projektet i kommunerne
- det er vanskeligt at forankre en bevidsthed om projektet hos almen praksis
- DD-klinikkens samarbejdspartnere oplever, at mange af de DD-patienter, de er i kontakt med, ikke matcher de opstillede visitationskriterier
- kommuner og misbrugsbehandling anser den valgte procedure for henvisning som en barriere for deres tiltænkte opgave med at opspore og henvise patienter
- misbrugsbehandlingsinstitutionerne oplever, at der har været et uhensigtsmæssigt overlap imellem DD-klinikkens målgruppe og målgruppen for institutionernes egne DD-forløb.

I forhold til de **snitflader, der har været etableret mellem DD-klinikken og misbrugsbehandlingen** fremgår det, at de involverede fagpersoner oplever, at udbyttet ikke står mål med de ressourcer, som samarbejdet kræver. Medmindre forudsætningerne for samarbejdet ændres væsentligt, anbefaler de involverede fagpersoner derfor at stoppe involveringen af misbrugskonsulenter i DD-klinikkens forsamlinger og rusmiddeledikation. Det skyldes for det første, at misbrugskonsulenterne trives dårligt med den afgrænsede konsulentrolle, de er tildelt i projektet. For det andet har der været praktiske problemer med at få logistikken omkring forsamlinger til at fungere. Og for det tredje har patientgrundlaget været for lille til at få den gruppebaserede rusmiddeledikation til at fungere som planlagt.

I forhold til **kommunikationen internt i projektet og mellem de forskellige dele af projektorganisationen og samarbejdspartnere** fremgår det, at denne ikke har fungeret godt. Det har været fx været uklart, om det var PC Glostrups projektledere eller repræsentanter fra styregruppen, der var ansvarlige for at kommunikere vigtige beslutninger truffet om projektet ud til de konkrete samarbejdspartnere/eget organisatoriske bagland. De involverede aktører har således dels ikke haft en fælles og accepteret forståelse for fordelingen af ansvar og opgaver i relation til projektet, dels har der ikke været en operationel projektledelse, som kunne dedikere sig til implementeringen af de modeller for kommunikation og samarbejde, som er opstillet for projektet.

I forhold til ønsket om at etablere **tværgående kommunikation mellem DD-klinik og kommunale sagsbehandlere** fremgår det, at denne opleves mangelfuld af begge parter. De

oplever således, at der i for høj grad er tale om envejskommunikation, når der udveksles konkrete oplysninger, og de har svært ved at se, hvad de kan/skal bruge oplysningerne til i det patient-/borgerrettede arbejde.

5.2 DD-projektets udformning og organisering

Kapitel 4 viste, at historikken omkring DD-projektets tilblivelse samt misbrugsbehandlings- og behandlingspsykiatriens forskellige tilgange til behandling har haft stor betydning for udmøntningen af DD-projektet.

For det første havde misbrugsbehandlingsinstitutionerne og behandlingspsykiatrien forskellige udgangspunkter og forventninger til DD-projektets indhold og udformning. Samtidig var der i projektets tidlige faser forskellige projektbeskrivelser i spil, som især i misbrugsbehandlingen skabte forventninger om, at der var tale om et fælles projekt, hvor behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen sammen skulle gå nye veje i behandlingen af DD-patienter. En stor del af de problemer, der efterfølgende har præget DD-projektets praktiske udmøntning, kan således spores tilbage til det tidspunkt i planlægningsfasen, hvor projektet ændrede karakter fra at være et fælles projekt til et mindre forpligtende samarbejdsprojekt forankret hos PC Glostrup.

For det andet var visionerne for projektet i udgangspunktet defineret af en tredje part (Region Hovedstadens Psykiatri) uden fælles involvering af de udførende parter. Samtidig var der fra centralt hold i Region Hovedstaden opstillet en tidsplan, som satte de udførende parter under et hårdt tidspres. Parterne peger på, at disse forhold tilsammen har vanskeliggjort opgaven med at finde et fælles udgangspunkt for DD-projektet og forstærket de konflikter, der er opstået undervejs i mødet mellem parternes forskellige perspektiver på DD-behandling.

For det tredje illustrerer diskussionen omkring DD-klinikkens målgruppe og inklusionskriterier, at der er uklarhed/uenighed om, hvem der egentlig befinder sig i den midtergruppe, som DD-projektet skulle arbejde med. Denne uklarhed omkring behandlingsansvaret, som også er refereret i evalueringens indledning, har således præget drøftelserne omkring DD-klinikken. Det skyldes bl.a., at deltagerne i udgangspunktet ikke har haft nogle fælles referencepunkter i forhold til, hvem midtergruppen er, samt hvordan de forskellige subgrupper i denne bedst behandles.

For det fjerde oplevede både PC Glostrup og de forskellige misbrugsbehandlingsinstitutioner allerede forud for DD-projektet at have viden og kompetence til at behandle mennesker med en dobbeltdiagnose. Det betyder, at det reelle udgangspunkt for DD-projektet ikke har været et samarbejde mellem to parter, der hver mangler det, den anden besidder, men snarere en konkurrencesituation. Dette er også afspejlet i dialogen omkring DD-projektet, som i et vist omfang er endt med at handle om, hvis dobbeltdiagnosebehandling der er den bedste.

5.3 Diskussion og fremadrettede anbefalinger

At behandlingspsykiatri og stofmisbrugsbehandling kan have svært ved at samarbejde, er velbeskrevet i litteraturen (se fx Mueser et al. 2003), og en af årsagerne til, at man anbefaler etableringen af integrerede behandlingstilbud, er da også for at undgå, at borgerne/patienterne selv er ansvarlige for at navigere mellem de to behandlingssystemer. Der gives en række forskellige forklaringer på, at samarbejdet er vanskeligt. Disse er bl.a. forskellig organisatorisk forankring, forskellige behandlingstraditioner og forskellig kultur (ibid). I DD-projektet kan vi genfinde flere af disse forklaringer, fx når de forskellige behandlingstraditioner manifesterer sig i diskussionerne om, hvad integreret behandling og evidensbaseret behandling er. På samme måde kan vi se de forskellige kulturelle opfattelser af misbrug og sygdom komme til udtryk i overvejelser om patientgruppen som værende henholdsvis 'tung' eller 'for let'.

Evalueringen giver i den forbindelse også anledning til at pege på, at der fortsat mangler nogle klare retningslinjer for, hvordan arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter bør organiseres; hvad behandlingen skal bestå af, og hvem der har behandlingsansvaret. Sundhedsstyrelsens meget overordnede opdeling, som er refereret i indledningen af denne evaluering, fremstår meget lidt operationel i forhold til at definere og afgrænse den forholdsvis store midtergruppe, som dette projekt har arbejdet med. En del af konflikterne i projektet kan også linkes til den fortsatte uklarhed om, hvem der har behandlingsansvaret for denne gruppe, og etableringen af en række forskellige behandlingstilbud til dobbeltdiagnosegruppen i både psykiatrien og misbrugsbehandlingen peger på, at der er et stort behandlingsbehov, som skal løftes, men at det er uklart, hvor denne behandling mest hensigtsmæssigt er placeret: Skal det være i psykiatrien, i misbrugsbehandlingen eller begge steder? Og hvordan sikrer vi i så fald en ensartet kvalitet og kapacitet for hele gruppen?

Det er også veldokumenteret, at tværsektorielt samarbejde og forankring af nye rutiner for kommunikation og samarbejde på tværs af primær og sekundær sektor er vanskeligt. Særligt når der – som det har været tilfældet i DD-projektet – er tale om en specialiseret enhed, der rækker ud til et bredt og diffust netværk af henvisere og samarbejdsparter i kommuner og almen praksis. Erfaringer fra succesfulde tværsektorielle udviklingsprojekter – og ledelsen af disse – viser, at opskriften på succes bl.a. handler om, at der er tid til at udvikle de relationer, der skal bære samarbejdet, og reel mulighed for at imødekomme hinandens ønsker og behov på tværs af det felt der samarbejdes om (Holm-Petersen og Buch 2014).

En undersøgelse af erfaringer fra fire danske cases (Holm-Petersen et al. 2014), som har haft succes med at gå nye veje i det tværsektorielle samarbejde²², viser endvidere, at de undersøgte cases har:

- haft en tydelig fælles mening med samarbejdet, da det startede
- taget afsæt i drift fremfor korterevarende projekter
- været båret af ledere med tværsektoriel erfaring, som sammen er gået forrest med at etablere en fælles forståelse for samarbejdets mål og værdier hos funktionsledere og fagpersoner.

Når man sammenholder ovenstående 'idealbillede' for det vellykkede samarbejde med DD-projektet, fremgår det, at ingen af de ovenstående elementer har været til stede i udgangspunktet. Samtidig har deltagerne²³ i mindre omfang haft erfaringer fra tidligere samarbejder, som de har kunnet bygge videre på i projektet, hvilket understøtter interviewpersonernes oplevelse af, at der har været tale om en svær opgave. Overordnet kan det derfor – som flere interviewpersoner også selv gør – være relevant at stille spørgsmålstegn ved, om der fra starten har været en realistisk afstemning mellem de mål, der var opstillet for projektet, og de rammer og ressourcer der har været stillet til rådighed.

²² En af de fire cases var Psykiatriens Hus i Silkeborg, som er en fælles fysisk ramme, hvor social- og behandlingspsykiatri arbejder tæt sammen for at gøre det lettere for borgerne at navigere i det sektoropdelte psykiatriområde.

²³ Med undtagelse af Rødovre Kommune, der – som omtalt i kapitel 3 – har haft et vellykket projektsamarbejde i projektet 'Brug for alle'. Som det fremgik, har dette haft positiv betydning for Rødovre Kommunes forståelse for DD-projektet samt kommunens engagement ved opsporing af relevante patienter.

5.4 KORAs (og interviewdeltagernes) anbefalinger

5.4.1 En stærkere og mere operationel projektledelse

Som illustreret i nedenstående citat peger flere af de involverede ledere på, at DD-projektet har manglet en projektledelse med ressourcer dedikeret til udviklingen af projektet på operationelt niveau:

Set i bagklogskabens lys skulle det ikke have været os ledere, der havde rollen som projektledere. Ideen var, at projektledelsen skulle have beslutningskompetence, men vi har haft alt for lidt tid at give af i forhold til det, projektet har krævet.

(Projektansvarlig leder, PC Glostrup)

Vurderingen er derfor, at der skulle have været en projektleder på operationelt niveau med kompetencer målrettet projektledelse og implementering, som i højere grad end de involverede sundhedsprofessionelle ledere kunne tage ansvar for den tværgående kommunikation, vidensdeling og opgaven med at udvikle de ønskede samarbejdsrelationer. Denne anbefaling matcher mange af de pointer, som er fremført af projektets øvrige parter i forhold til de udviklingsopgaver og samarbejdsrelationer, der er undersøgt i kapitel 3.

5.4.2 Et grundlæggende anderledes projekt set-up

Det gennemsyrrer deltagernes perspektiver på DD-projektet, at der i høj grad har manglet en dimension i projektet, som har fokuseret på samarbejdet og det fælles formål med dette (et eksempel på en sådan samarbejdsdimension i forhold til dobbeltdiagnoseområdet kan ses hos Johansen og Børsting-Andersen 2015). Som deltagerne også selv peger på, ville projektet – som samarbejdsprojekt – have haft bedre forudsætninger for at lykkes, hvis parterne fra starten af havde været fælles om at definere udgangspunktet for samarbejdet. Vurderingen er, at dette kunne have skabt en bedre fælles mulighed for at præge projektet og dermed også et større fælles ejerskab til den efterfølgende udmøntning.

I forlængelse af dette fremstår det som en væsentlig anbefaling, at man i eventuelt fremadrettede indsats på området dels inddrager de involverede parter i formuleringen af indsatsen, dels har en tidshorisont og et ambitionsniveau, der sikrer, at deltagerne får tid og hjælp til at opbygge relationer og gensidig forståelse for hinandens roller, kompetencer og bidrag til behandlingen af dobbeltdiagnoser.

Litteratur

Dahler-Larsen, Peter og Hanne Kathrine Krogstrup (2003). Nye veje i evaluering. Aarhus: Systime Academic.

Gittell, Jody Hoffer (2009). High Performance Health Care. New York: McGraw-Hill.

Holm-Petersen, Christina og Martin Sandberg Buch (2014). Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. København: KORA.

Holm-Petersen, Christina, Martin Sandberg Buch og Ola Jørgensen (2014). Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektorielt ledelse i sundhedsvæsenet. København: Væksthus for Ledelse.

Jessen-Petersen, Birgit (1994). Psykotiske patienter med misbrugsproblemer (Dual-Diagnosis patients). København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag.

Johansen, Katrine Schepelern og Sille Børsting-Andersen (2015). Tværsektorielt samarbejde med mennesker med en dobbeltdiagnose. En inspirationsguide til forbedringer af samarbejdet baseret på erfaringerne fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats. København: KORA.

Lykke, Jørn (2012). Vejledning for behandling af patienter med dobbeltdiagnose. København: Region Hovedstadens Psykiatri.

Mueser, Kim T. Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake og Lindy Fox (2003). Integrated Treatment for Dual Diagnosis. A Guide to Effective Practice. New York: Guilford Press.

Narkotikarådet (1999). Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger. København: Narkotikarådet.

Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialsjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2008). Vejledning nr. 42 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. København: Sundhedsstyrelsen.

Bilag 1 Eksempel på anvendt interviewguide

Evaluering af DD-projektet Glostrup – Projektejer

Interviewet – og vores afrapportering – skal belyse tre forhold:

- Det konkrete samarbejde – hvilke modeller for kommunikation og samarbejde er etableret. Beskrivelser, der kommer så tæt som muligt på jeres konkrete praksis.
- Hvilken betydning projektet har haft for samarbejde og kommunikation på tværs af misbrugs- og behandlingspsykiatri
- Hvilken betydning og potentiale har DD-projektet for behandlingen af mennesker med ikke-psykotisk lidelse og misbrug, og hvilke muligheder er der for at udbrede modellen i Region Hovedstaden?

Vi gennemfører i denne runde fire gruppeinterviews og fem enkeltinterviews med medarbejdere og ledere fra Psykiatrisk Center Glostrup, misbrugsbehandlingen (KABS og Blå Kors) og kommunerne.

- Spørgsmål inden vi går i gang?
- Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og involvering i DD-samarbejdet.).

Konkret samarbejde – Modeller for kommunikation og samarbejde

- Hvilken rolle/opgaver har I haft i forhold til DD-projektet, siden Katrine var her sidst?
- Er der noget, som har været svært for teamet – og hvis ja, hvad har jeres rolle så været?
- Hvad er drøftet i styregruppen – har der været uenigheder eller udfordringer, som har haft betydning for projektet? – hvis ja, hvordan er de løst?
- Lavede man nogen tilpasninger efter den første tilbagemelding fra evalueringen i marts 2014? Særligt tilbagemelding til misbrugskonsulenterne fra formødet/visitationsmødet blev efterlyst.
- Er der kommet yderligere samarbejds-/berøringspunkter mellem samarbejdspartnerne?
- Er der i dag ejerskab til projektet hos kommunale/misbrugssamarbejdspartnere – hvorfor/hvorfor ikke – hvad har haft betydning?
 - Psykiatri vs. misbrug?
 - Økonomi?
 - Faglighed og kultur?

Jeres oplevelse af samarbejdet – hvad fungerer godt? Hvad fungerer mindre godt?

Forslag til ændringer eller forbedringer?

Betydning for samarbejde og kommunikation

- Er der – på det udførende niveau – en klar opgave- og arbejdsdeling i forhold til forløbene?
- Hvad fungerer godt? – hvad fungerer dårligt? – er der noget, I tænker, skal ændres?
- Hvordan har I oplevet opgaven med at informere/involvare samarbejdspartner om projektet?

Betydning for samarbejde og kommunikation

- I hvor høj grad vurderer I, at samarbejdet om patientforløbene i dag er karakteriseret af:
 - Koordineret udredning?
 - Koordineret/fælles behandlingsplan, indholdet i en behandlingsplan?
 - Indsatserne leveres i fleksibelt samarbejde?
- Ovenstående spørgsmål er taget fra projektets succeskriterier – tænker I at de er relevante/realistiske?
- I hvor høj grad oplever I, at projektet har bidraget til:
 - Øget oplevelse af fælles viden og målsætninger for behandlingen?
 - Øget oplevelse af gensidig tillid og respekt på tværs af involverede fagpersoner og aktører?

Potentiale for udbredelse

- Betyder projektet, at flere patienter tilbydes målrettet og relevant behandling – er det et relevant tilbud, der udfylder et behov hos målgruppen?
- Hvilket potentiale vurderer I, at projektet har for behandlingen af mennesker med dobbelt-diagnose.
 - Hvad løser projektet ikke i forhold til målgruppen?
- Hvad skal man være særligt opmærksom på, hvis man overvejer at udbrede modellen?
- Er der noget, som kunne have fået jer til at lykkes bedre?
- Er der andre områder, hvor man kan bruge erfaringerne fra projektet?

Afrunding

- Har I nogen råd til det fremadrettede samarbejde om DD-patienterne, som jeg skal tage med videre?
- Er der emner eller problemstillinger, som det er særligt vigtigt at få belyst i de kommende interviews?
- Er der noget, vi mangler at spørge om/pointer der skal uddybes?
- Har I spørgsmål til os?

Bilag 2 DD-projektets visitationskriterier

Visitationskriterier

Inklusion:

- Yngre patienter (18-45 år) med ikke-psykotisk lidelse
- Affektive sindslidelser (F32.1, F32.2, F33.1 og F33)
- Nervøse og stressrelaterede tilstande (F40.1, F41.0, F43.1 og F43.2)
- Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd (F60.3, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9 og F61.0 (hvis der indgår træk af de førnævnte personlighedsstrukturer)
- Hyperkinetiske forstyrrelser (F90) **med** anden psykiatrisk komorbiditet som fx social fobi eller EUP (Sundhedsstyrelsen 2008)
- Ovennævnte diagnostiske kategorier med samtidig skadelig brug eller afhængighedssyndrom af et eller flere psykoaktive stoffer inkl. alkohol
- Skadelig brug eller afhængighedssyndrom skal ætiologisk og omfangsmæssigt være sekundært til den ikke-psykotiske lidelse (Back et al. 2005)
- Brugen af psykoaktive stoffer skal fungere som et middel til at regulere negative sindstilstande. Ved visitation til DAT-AS skal der således være en forbindelse mellem personens brug af psykoaktive stoffer og følelsesmæssig dysregulering (McMain et al. 2007)

Eksklusion:

- Organiske psykiske lidelser (F00-09)
- Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (F1x.6)
- Residuale tilstande og sent indsættende psykotisk tilstand fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (F1x.7)
- Personer, hvis følelser bidrager begrænset om overhovedet til deres vedvarende brug af psykoaktive stoffer (McMain et al. 2007)
- Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (F20-29)
- Spiseforstyrrelser (F50)
- Personer med dyssocial personlighedsstruktur (F60.2) uden væsentlige træk af andre personlighedsstrukturer, idet der ikke aktuelt er tilstrækkelig evidens for brug af psykosociale interventioner mod dyssocial personlighedsstruktur (Gibbon et al. 2010)
- Mental retardering (F70-79)
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (F84)
- Hyperkinetiske forstyrrelser (F90) **uden** anden psykiatrisk komorbiditet som fx social fobi eller EUP (Sundhedsstyrelsen 2008)
- Alvorlig somatisk sygdom.
- Udadreagerende adfærd, der medfører risiko for medpatienter eller personalet
- Vanskeligheder med at tale og forstå dansk i det omfang, der kræves for at kunne profitere af psykoterapi

Visitationskriterierne er sendt til CVI den 1. maj 2013, og der modtages patienter herefter.

Bilag 3 Notat fra analyseafdelingen i KABS

Analyseafdelingen gør status på PC Glostrup-projektet

I forbindelse med lukningen af regionens psykiatriprojekt (se forrige artikel) har Analyseafdelingen i samarbejde med Stjernevang og City Afdeling gjort status over projektets eventuelle målgruppe i KABS.

Stjernevang

99 brugere har i perioden opfyldt de indledende kriterier for målgruppen hvad angår:

- Alder
- Bopælskommune
- Hovedstofproblematik

Af disse 99 bruger ekskluderes 49 brugere på grund af deres psykiske diagnose (som falder ind under PC Glostrup-projektets diagnostiske eksklusionskriterier).

Yderligere 15 brugere ekskluderes på grund af deres stofbrug (som falder ind under PC Glostrup-projektets misbrugsmæssige eksklusionskriterier).

Tilbage er så 37 brugere, som tilhører målgruppen. Ingen af disse er blevet henvist til projektet!

Der er givet enkelte kommentarer til 23 af sagerne. Kommentarerne fordeler sig som følger:

- I 6 tilfælde er diagnoserne ikke omfattet af PC Glostrup-projektets inklusionskriterier
- I 5 tilfælde var brugerne under 18 år i indskrivningsperioden
- I 4 tilfælde var brugerne indskrevet kortvarigt i KABS
- I 4 tilfælde er brugerne ikke udredt psykiatrisk
- I 2 tilfælde blev brugerne tilknyttet OPUS
- I 2 tilfælde er der andre grunde
- I 1 tilfælde pågår overvejelser om henvisning til projektet

I de sidste 14 sager er der ikke gjort nogen overvejelser eller kommentarer i forhold til PC Glostrup-projektet. Dog er 4 af disse brugere allerede udskrevet fra KABS.

City

24 brugere har i perioden opfyldt de indledende kriterier for målgruppen hvad angår:

- Alder
- Bopælskommune
- Hovedstofproblematik

Af disse 24 brugere ekskluderes 15 brugere, der slet ikke har psykisk sygdom.

Yderligere ekskluderes 2 brugere på grund af deres stofbrug (som falder ind under PC Glostrup-projektets misbrugsmæssige eksklusionskriterier).

Yderligere 4 brugere ekskluderes på grund af henvisninger eller allerede eksisterende forløb i psykiatrien (Psyk Ballerup, Sct. Hans og BBH).

Yderligere 1 bruger ekskluderes på grund af sin psykiske diagnose (som falder ind under PC Glostrup-projektets diagnostiske eksklusionskriterier).

Tilbage er 2 brugere, som diagnosticeres med henholdsvis social fobi + generaliseret angst og emotionel ustabil personlighedsstruktur af impulsiv type. Det fremgår ikke, om disse diagnoser udelukker brugerne fra at være blevet henvist til PC Glostrup-projektet.

Bundlinjen for projektet er således, at kriterierne for at deltage i projektet har udelukket stort set alle fra at deltage. KABS har imidlertid også deltaget i projektet med arbejdskraft fra Stjernevang.

KORA skal nu forestå en evaluering af projektet, hvori også KABS' tal vedrørende målgruppen eller manglen på samme vil indgå.

Rasmus Axelsson – Analyseafdelingen

Bilag 4 Deltagere i projektets styregruppe og projektgruppe

Deltagere i styregruppen pr. 1. april 2013

Centerchef Jan Toftholm Andersen, PC Glostrup (Formand). (Stopper 1.9.2014).

Klinikchef Mette Brandt-Christensen, PC Glostrup. (Overtager formandskabet 1.9.2014).

Chefpsykolog Birgit Henning, PC Glostrup. (Projektleder)

Overlæge Armando Baez, PC Glostrup. (Projektleder)

Ledende socialrådgiver Lars Ahlstrand, PC Glostrup.

Kvalitetskoordinator Marianne Kjærulf, PC Glostrup.

Afdelingschef Cecilie Engell, Albertslund Kommune.

Centerleder Helle Kjær, Blå Kors Behandlingscenter.

Centerchef Thomas Fuglsang, KABS. (Sygemeldt fra slutningen af 2013 til sent på foråret 2014. I denne periode deltager KABS ikke i styregruppen).

Områdeleder Mette Harms, Lænkeambulatorierne. (Sygemeldes i sommeren 2014 og vender ikke tilbage til styregruppen. Først til DD-projektets sidste styregruppemøde er der ansat en ny afdelingsleder, som når at deltage i et møde). Centerchef Helle Madsen, Ishøj Kommune.

Klinikchef Jørn Lykke, Psykiatrisk Center Sankt Hans, Afdeling M og Kompetencecenter for Dobbeldt diagnoser. (Går på pension i november 2013, og Kompetencecenteret stiller ikke med en ny repræsentant).

Praksiskonsulent Bo Gerdes. (Har ikke deltaget i styregruppemøder).

Deltagere i projektgruppen

Overlæge Armando Baez, PC Glostrup. (Projektleder)

Chefpsykolog Birgit Henning, PC Glostrup. (Projektleder)

Ledende socialrådgiver Lars Ahlstrand, PC Glostrup.

Psykolog Jacob Sander Hansen, PC Glostrup.

Socialrådgiver Betina Jensen, PC Glostrup.

Psykiatrikoordinator Berit Berrig, Albertslund Kommune.

Specialkonsulent Erik Linde, Glostrup Kommune, voksne med særlige behov.

Psykolog Tone Steffensen, KABS, Stjernevang.

Områdeleder Mette Harms, Lænken.

Centerleder Helle Kjær, Blå Kors.

Afdelingsleder Karina Frigaard, Brøndby Kommune.

Misbrugskonsulent Monica Eversen, Høje-Taastrup Kommune

Afdelingsleder Jannie Lund, Rådgivning og misbrug, Rødovre Kommune.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00