



Hvad har vi lært af 15 års projekter på dobbeltdiagnoseområdet?

Katrine Schepelern Johansen og Birgitte Thylstrup

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1. Indledning	3
1.1. Indsatser og projekter i Danmark	3
1.2. Formålet med rapporten	4
1.3. Præsentation af projekterne.....	5
1.4. Rapportens forfattere.....	7
Kapitel 2. Hvad skal vi ikke gentage	9
2.1. Udfordringer forbundet med kompetenceudvikling og undervisning	9
2.2. Udfordringer med samarbejde på tværs af psykiatri og rusmiddelbehandling	12
2.3. Hvad sker der, når projekterne slutter?.....	14
2.3.1. Hvad sker der med samarbejdsmodellerne, når projekterne slutter?.....	14
2.3.3. Hvordan sikrer vi erfaringsoverførsel?	15
2.4. Opsamling	17
Kapitel 3. Hvad bør vi bygge videre på	19
3.1. Er kompetenceudvikling og undervisning alligevel vejen frem?.....	19
3.2. Hvad kan møder mellem psykiatri og rusmiddelbehandling?	21
3.2.1. Samskabelse – mere end samarbejde?.....	21
3.3. Hvad sker der, når projekterne slutter?.....	25
3.3.1. Forankring og udbredelse af samarbejdsmodeller	25
3.3.2. Erfaringsoverførsel fra projekt til praksis	27
3.4. Opsamling	27
Kapitel 4. Afslutning	29
Bilag 1. Forfatterens rolle i de enkelte projekter	31
Bilag 2 Oversigt over projekter, publikationer og primære fund	34
Referencer	43

Version: 1
Udformet af: KSJ
Senest opdateret: 04.01.22

Kapitel 1. Indledning

Mennesker, der både har et diagnosticeret rusmiddelproblem og psykisk(e) lidelse(r), kaldes i en dansk sammenhæng ofte for mennesker med en dobbeltdiagnose. Der er gennemgående tale om en meget belastet gruppe, da de to lidelser gensidigt forstærker hinanden og samtidig ofte medvirker til at vanskeliggøre behandlingen (Johansen, 2009; Thylstrup & Hesse, 2019; 2020).

Anerkendelsen af de hyppige sammenfald mellem rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er vokset siden 1990'erne, blandt andet fordi forskning har vist en udbredt sammenhæng globalt og i Danmark (Thylstrup & Hesse, 2019; Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2016), som ofte er forbundet med øget social, økonomisk og somatisk belastning, samt en høj grad af kronicitet (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2016; Fantuzzi & Mezzina, 2020). De mange følgeproblematikker bevirker, at selve begrebet dobbeltdiagnoser ofte kritiseres for at være upræcist, fordi mange mennesker med denne problematik ikke oplever to, men mange udfordringer. Dette kan gøre det vanskeligt at finde ud af, hvor man skal søge hjælp, og det kræver også, at de forskellige hjælpetilbud formår at samarbejde, hvilket langtfra altid er tilfældet (Johansen, 2018). Udfordringerne er også gennemgående hos mennesker, hvor den ene eller begge af de to lidelser ikke er diagnosticeret. Registerundersøgelser peger på, at der er et udækket behandlingsbehov hos mange med en dobbeltdiagnose (se f.eks. Benjaminsen et al. 2018), men når dele af målgruppen ikke er diagnosticeret, så indgår de ikke i disse undersøgelser, hvilket peger på, at behandlingsbehovet er endnu større.

1.1. Indsatser og projekter i Danmark

I Danmark har behandling af rusmiddelproblemer og psykiske lidelser siden strukturreformen i 2007 været organiseret henholdsvis i regionerne med primært ansvar for behandling af psykiske lidelser, og i kommunerne med primært ansvar for rusmiddelbehandling. Risikoen for, at målgruppen ikke modtager tilstrækkelig eller effektiv behandling for begge lidelser, tilskrives ofte denne søjleopdelte organisering (Thylstrup & Hesse, 2019), men når vi kigger tilbage på dobbeltdiagnoseområdet før strukturreformen (Johansen, 2009), hvor ansvaret for både alkoholbehandling, stofbehandling og psykiatrisk behandling lå i amterne, finder vi dog en række af de samme problematikker som efter strukturreformen. De samme problematikker gør sig gældende i forhold til udlandet, hvor organiseringen af behandling af både rusmiddelproblemer og psykiske lidelse kan variere en del, også i forhold til organiseringen i Danmark (Torrens et al., 2015). Udfordringerne i forhold til at tilbyde den bedst mulige behandling kan således ikke alene forklares med organisering af indsatser – en vigtig reminder lige nu, hvor der pågår en dialog om, hvorvidt regionerne i Danmark bør overtage behandlingsansvaret for hele eller dele af målgruppen.

Gennem årene er både praksis og forskning blevet klogere på, hvordan borgere med sammenfaldende rusmiddelproblemer og psykisk lidelse får den bedste behandling og opfølgning i Danmark. Men alligevel er dobbeltdiagnoseområdet i Danmark stadig kendetegnet ved en række mangler, som er med til at skabe barrierer for kvaliteten på området. For eksempel mangler vi fælles nationale retningslinjer for indsatsen på tværs af de forskellige aktører og fagområder; og vi har ikke en fælles myndighed eller tilsvarende, som har det samlede ansvar for området. Endelig mangler vi viden om omfang, prognose, forløb, kontakt med behandlingstilbud, effektive behandlingsmetoder og gode organiseringsmodeller, blot for at nævne nogle af de vigtigste områder.

Noget af det, som dobbeltdiagnoseområdet til gengæld ikke har haft mangel på, er udviklingsprojekter. Der er gennem de sidste knap 15 år blevet gennemført en lang række af udviklingsprojekter. Nogle af projekterne har været af national karakter, hvor en del har været finansieret af satspuljemidler, mens andre har været lokale og finansieret af region, kommune eller i et samarbejde mellem disse. Mange af projekterne har søgt at imødekomme centrale udfordringer inden for området, så som øget samarbejde mellem den regionale og kommunale sektor og sikring af en mere koordineret indsats for den enkelte patient/borger. Andre projekter har søgt at imødekomme udfordringer i forhold til identifikation og screening af psykisk lidelse og rusmiddelbrug, uanset hvor borgerne er indskrevet i behandling, eller i forhold til at imødekomme udfordringer ved at sikre dobbeltkompetencer hos personalet, som støtter op om borgernes behov for at blive mødt og forstået.

De gennemførte projekter bidrager positivt ved at fastholde fokus og tilvejebringe vigtig viden inden for et område, som ikke altid nyder lige meget politisk bevågenhed og økonomisk velvilje. Men når vi kigger tilbage på rækken af projekter, fremstår de som enkeltstående initiativer og ikke en del af en langsigtet plan og en velgennemført analyse af, hvad der er behov for at vide mere om og få prøvet af på dobbeltdiagnoseområdet. Projekterne er ofte ikke blevet tænkt eller vurderet i forhold til hinanden, og er derfor sjældent udtryk for en fortløbende udviklingsproces, som sikrer, at vi bliver klogere på, hvordan vi kan integrere den eksisterende viden i de kommende projekter. På samme måde er det også bemærkelsesværdigt, at der ikke på noget tidspunkt er foretaget nogen samlet erfaringsopsamling på tværs af de mange forskellige projekter.

Denne rapport udspringer af en undring over disse forhold. Det spørgsmål, som vi med rapporten derfor forsøger at besvare, er: Hvad har vi lært af 15 års projekter på dobbeltdiagnoseområdet i Danmark?

1.2. Formålet med rapporten

Denne rapport behandler erfaringerne fra de seneste 15 års væsentligste udviklingsprojekter indenfor dobbeltdiagnoseområdet. Nogle af projekterne er eksplicit defineret som dobbeltdiagnoseprojekter, mens andre projekter ikke formelt handler om mennesker, som er blevet diagnosticeret med både en psykisk lidelse og en rusmiddelafhængighed/skadeligt brug. Sidstnævnte projekter er alligevel inkluderet, hvis indsatsen i praksis i vid udstrækning retter sig mod mennesker med samtidig psykisk lidelse og et misbrug af rusmidler.

Det gælder for eksempel de særlige pladser i psykiatrien, hvor en stor del af målgruppen har vist sig at have en dobbeltdiagnose.

Projekterne er blevet gennemgået med følgende to spørgsmål for øje:

1. Hvad har ikke fungeret i det aktuelle projekt?
2. Hvad har fungeret i det aktuelle projekt?

Efter denne indledning præsenteres de forskellige projekterfaringer i to kapitler: Et kapitel, der fremdrager viden om, hvad der ikke har fungeret, og som kan lære os noget om, hvad man ikke skal gøre, hvis vi ønsker at forbedre indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. Og et kapitel, der fremdrager viden om, hvad der har fungeret, og som vi kan bygge videre på i det fortsatte arbejde med at styrke indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. Vi har valgt denne struktur i rapporten for at tydeliggøre, hvilke erfaringer, der ikke skal gentages, og hvilke erfaringer, som man kan bygge videre på.

Gennemgangen af projekterne har vist, at de centrale områder for projekterne, som denne rapport derfor også kommer til at følge, er:

- Kompetenceudvikling og undervisning
- Samarbejde mellem region og kommune
- Vidensoverførsel, bl.a. i forbindelse med metodeudviklings-/metodeafprøvningsprojekter

Der er meget få af projekterne, der har involveret mere grundlæggende strukturelle ændringer, og der er efter vores kendskab ingen, der har involveret ændrede finansieringsmodeller, selv om en del af de udfordringer, der kendetegner området, også handler om økonomi. Der er tale om projekter, der primært er rettet mod voksne. Børne- og ungeområdet har indtil videre fyldt meget lidt i udviklingsprojekter på dobbeltdiagnoseområdet.

Vi håber rapporten vil være med til at skubbe dobbeltdiagnoseområdet fremad, så erfaringer fra de mange gennemførte projekter i langt højere grad bruges til at udvikle området, så nye projekter får bedre muligheder for at bygge videre på de erfaringer, der allerede er dokumenteret. For at dobbeltdiagnoseområdet skal udvikles fremad, er det afgørende, at denne viden formidles videre til relevante aktører og til udformningen af nye projekter, så de bygger videre på den eksisterende erfaring. Det er vigtigt, at denne formidling ikke blot beskriver tiltag og indsats, men også de processer der har styrket dem

Tak til Susanne Pihl Hansen og Trine Ry, projektledere i UngeAlliancen, samt Jonathan Led Larsen, ph.d.-studerende ved Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser og Aarhus Universitet for gennemlæsning og kommentarer til rapporten. Forfatterne bærer alene ansvaret for det endelige indhold.

1.3. Præsentation af projekterne

Projekterne, der er inddraget i denne rapport, er dels de nationale udviklingsprojekter, der har været gennemført på dobbeltdiagnoseområdet i perioden 2004-2019 (se Tabel 1, side

6), og de tiltag, som var med i regeringens psykiatriudspil fra efteråret 2018 (se Tabel 2, side 7). Derudover inddrager vi de udviklingsprojekter, som har været gennemført i Region Hovedstaden (både regionale og kommunale projekter) (se Tabel 3, side 7). Vi har tilladt os at fokusere på Region Hovedstaden, da det er det område, som vi gennem vores arbejde har bedst kendskab til. Flere af disse lokale projekter er ikke registreret eller beskrevet på samme grundige måde som de nationale projekter, og tilsvarende er de ikke alle evalueret, sådan som de fleste af de nationale projekter er blevet. Der har selvfølgelig været gennemført regionale og lokale projekter i andre dele af Danmark i perioden. Forhåbentligt vil det være muligt at inddrage dem i en næste erfaringsopsamling. Vi har heller ikke inkluderet forskningsprojekter, der ikke har haft en udviklingsdel.

Rapporten fokuserer på gennemgang af evalueringsrapporter, erfaringsopsamlinger og faglige artikler, der er lavet i forbindelse med de forskellige projekter. Der er således ikke tale om et systematisk review, men om en opstart på en bredere, national erfaringsopsamling, der løbende kan kvalificeres med yderligere viden om relevante projekter inden for området.

Projekterne er identificeret i sommeren 2019 i forbindelse med et oplæg på den nordiske konference om dobbeltdiagnose – Meeting the Dragon – afholdt i Emdrup, Aarhus Universitet, hvor dele af nærværende analyse blev præsenteret. Vi har her valgt en 15-årig afgrænsning – hovedparten af projekterne ligger dog fra cirka 2010 og frem.

Tabel 1: Nationale udviklingsprojekter på dobbeltdiagnoseområdet 2004-2019

Udredningsprojekter/screeningsprojekter (blandt andet Socialstyrelsen, fra 2006-), blandt andet Århus, Fredericia, Esbjerg, Horsens, Ålborg, Slagelse, Frederiksberg
Integreret indsats for sindslidende med misbrug (Socialstyrelsen 2011-2014)
Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne (Sundhedsstyrelsen 2012-2015)
Koordinerende indsatsplaner (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2014-)
ACT-teams (Socialstyrelsen 2015-2017)
Nationale Kliniske Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2014-), herunder retningslinjer for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknøtning, samt retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
Generisk forløbsprogram – Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug (Socialstyrelsen 2015, Region Sjælland 2016-2017)
Analyser af sammenhængende velfærdsforløb (Digitaliseringsstyrelsen 2017-2018)
Fælles undervisning (Sundhedsstyrelsen 2017-2018)
De særlige pladser i psykiatrien (Sundhedsstyrelsen 2017-)

Botilbudsteam (Sundhedsstyrelsen 2017-2020)
Kortlægning af indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug på botilbud og boformer for hjemløse (Socialstyrelsen 2019)

Tabel 2. Initiativer i regeringens seneste psykiatriudspil, september 2018

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

Tabel 3. Lokale udviklingsprojekter i Region Hovedstaden 2004-2019

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb (2010-2013)
Klinik for misbrug og ikke-psykotiske sindslidelser (2013-2014)
KKR-projekt om Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose (2015-2016)
Tværasektorielt team for misbrug (2014-2017)
Udgående rusmiddelbehandling i København, URUS (2017-)
Tværasektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser (2016-)
Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Modelprojekt for implementering af tværasektorielle tiltag vedr. borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug (2017-2018)

1.4. Rapportens forfattere

Katrine Schepelern Johansen er antropolog, ph.d., og er leder og seniorforsker ved Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser i Region Hovedstadens Psykiatri. Hun har siden 2001 arbejdet med samfundsvidenskabelig psykiatrforskning og forskning i stofmisbrugsbehandling, og har en særlig interesse i de udfordringer som forskellige patientgrupper stiller til social- og sundhedsvæsenets tilbud. Katrine er bestyrelsesmedlem i Dansk Fagligt Netværk for Dobeltdiagnose.

Birgitte Thylstrup er uddannet psykolog, ph.d., og er ansat som lektor på Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Siden hendes afhandling om Dobbeldtagnoser og relationsarbejde i 2009 har en stor del af hendes forskning involveret sammenfaldende rusmiddelbrug og psykiske lidelser, blandt andet gennem metodeudvikling, registerundersøgelser og kvalitative undersøgelser. Birgitte er formand for Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldtagnose.

Vi har selv været involveret i en del af projekterne i forskelligt omfang og med forskellige roller. Bilag 1 gennemgår vores involvering i projekterne. Denne involvering betyder, at vi har haft mulighed for at trække på en bredere viden om nogle af projekterne, end hvad andre vil kunne. Undervejs gør vi opmærksom på, hvor vi trækker på viden ud over, hvad der er tilgængeligt i evalueringsrapporterne.

Kapitel 2. Hvad skal vi ikke gentage

I dette kapitel vil vi fokusere på, hvad vi kan lære af de gennemførte projekter i forhold til, hvad der ikke skal gentages, hvis vi ønsker at forbedre indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. Vi vil understrege, at der er tale om nedslag i udvalgte projekter, hvor vi kigger efter, hvad der ikke har fungeret og hvad vi kan lære af det. Der er således ikke tale om systematiske præsentationer af de samlede projekter.

2.1. Udfordringer forbundet med kompetenceudvikling og undervisning

Kompetenceudvikling udgør et centralt område, når vi taler om at forbedre indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. Flere af projekterne har da også haft kompetenceudvikling som en central aktivitet. Det gælder for eksempel projektet 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne' (Jeppesen, 2018) og 'Projekt Socialsygeplejersker – det gode patientforløb' (Ludvigsen & Brúnés, 2013).

Projekt 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne' var et nationalt satspuljeprojekt, som blev gennemført forskelligt i de fem regioner. I denne rapport vil vi fokusere på det delprojekt, der blev gennemført i Region Hovedstadens Psykiatri. Her var kompetenceudvikling et helt afgørende element, idet projektets grundlæggende idé var at etablere en gruppe af ressourcepersoner inden for dobbeltdiagnoseudredning og -behandling på de enkelte psykiatriske centre i Region Hovedstaden. Gruppen af ressourcepersoner bestod typisk af 4-6 personer på hvert center, og man forsøgte at have en bred repræsentation af forskellige faggrupper med i den enkelte gruppe. Der var således udpeget læger, psykologer og sygeplejersker som ressourcepersoner på de fleste centre. Kompetenceudviklingen blev varetaget af regionens specialafdeling for dobbeltdiagnose og bestod af 13 kursusdage fordelt over et år, fulgt af dagsmøder 3-4 gange om året i de år som projektet løb over. Undervisningen omhandlede blandt andet diagnosticering og udredning, farmakologisk behandling, rusmidlernes virkning og kognitiv behandling. Efter kurset var det hensigten, at ressourcepersonerne lokalt skulle sikre, at de enkelte centre blev bedre til at udrede og behandle patienter med dobbeltdiagnose. Projektet er beskrevet og evalueret i ph.d.-afhandlingen 'Behandling af dobbeltdiagnose i psykiatrien: En undersøgelse af Satspuljeprojektet' (Jeppesen, 2018; se også Als Research & Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser, 2017).

'Projekt Socialsygeplejerske – det gode patientforløb' kørte parallelt i psykiatrien og i somatikken. Projektet er beskrevet og evalueret i en publikation med samme navn (Ludvigsen & Brúnés, 2013). Idéen i projektet var at ansætte sygeplejersker med særligt kendskab til socialt udsatte og misbrug af rusmidler på de enkelte hospitaler/psykiatriske centre og på denne måde sikre, at socialt udsatte patienter med misbrug af rusmidler fik et bedre forløb. Ud over den direkte patientkontakt, som socialsygeplejerskerne havde, udgjorde

kompetenceudvikling af personalet et vigtigt element i det løbende arbejde, herunder undervisning af hospitalspersonalet i målgruppen og deres anderledes behov i forhold til medicinering.

De to ovennævnte projekter har fokuseret på kompetenceudvikling internt i psykiatrien. Andre projekter har fokuseret på fælles kompetenceudvikling mellem psykiatri og rusmiddelbehandling, og har nogle gange også inddraget socialpsykiatri efter ideen om 'fælles skolebænk'. Fælles skolebænk refererer til, at forskelligt personale undervises sammen, så de udover konkret viden om de temaer, som de undervises i, også opbygger et kendskab til hinanden og de forskellige arbejdsvilkår, der fremadrettet kan facilitere samarbejdet. Denne tilgang blev for eksempel brugt i forbindelse med implementeringen af de koordinerende indsatsplaner, hvor personale fra behandlingspsykiatri, rusmiddelbehandling og socialpsykiatri var på fælles temadage om de koordinerende indsatsplaner (Buch & Petersen, 2017). Tilgangen udgør også kerneaktiviteten i projektet 'Fælles undervisning', hvor fokus var på at etablere fælles undervisningstilbud om dobbeltdiagnose på tværs af psykiatri og rusmiddelbehandling. Her blev personalet undervist sammen – ofte af fagpersoner fra enten psykiatri eller rusmiddelbehandling, der havde særlig viden om de udvalgte temaer (Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser, 2019a).

Erfaringerne¹ fra disse projekter viser dels, at kompetenceudvikling alene ikke nødvendigvis ændrer praksis. Den viden, som personalet fik med hjem fra kurserne i de forskellige projekter, viste sig efterfølgende ikke at blive omsat i konkrete tiltag, og blev ikke altid delt med det øvrige personale. Nogle gange skyldtes det manglende ledelsesmæssig prioritering eller understøttelse, mens ressourcepersonerne andre gange ikke oplevede at være klædt godt nok på til at kunne varetage den fortsatte vidensdeling med den øvrige personalegruppe. Mens der i visse tilfælde blev igangsat nye tiltag, for eksempel i forhold til udredning af misbrug hos psykiatriske patienter, blev der ikke fulgt nok op på, om denne udredning rent faktisk skete i praksis, og en del af ændringerne i praksis, som projekterne havde medført, forsvandt derfor igen.

Erfaringerne viser også, at modellen med at undervise ressourcepersoner i dobbeltdiagnoser, som så skal varetage videre undervisning og iværksætte ændringer i plejen og behandlingen lokalt, kan være meget sårbar: (1) Hvis ressourcepersonerne forsvinder – for eksempel i forbindelse med jobskifte – så forsvinder dobbeltdiagnose-kompetencerne også. At bruge ressourcepersoner til at lave ændringer i praksis kræver derfor som minimum, at der udarbejdes en strategi, der sikrer en kontinuerlig uddannelse af nye ressourcepersoner. (2) Implementering af nye behandlingstiltag, som ressourcepersonerne på baggrund af deres nye viden foreslår, bliver afhængige af ressourcepersonernes formelle og uformelle position i deres egen organisation og (3) Når der kun er et begrænset antal ressourcepersoner, der repræsenterer et område – typisk 4-6 personer på et helt psykiatrisk center med flere hundrede ansatte – så bliver det nemmere at se bort fra området i

¹ Her trækker vi på vores engagement i de involverede tilbud, hvor vi har observeret, at der ikke er sket nogle markante ændringer i praksis, og hvor personalet fortsat efterspørger mere viden om dobbeltdiagnoseområdet.

prioriteringen af mange konkurrerende tiltag i den daglige praksis, blandt andet fordi resourcepersonerne ikke altid har tid til at være tilstede og følge op på praksis på alle enhederne (Als Research & Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, 2017).

I 'Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb' oplevede socialsygeplejerskerne, at den specialviden om rusmidler, som de kom med, ikke blev anerkendt af personalet i psykiatrien. Særligt i forhold til psykiaterne var dette en udfordring (Ludvigsen & Brûnés, 2013).

Erfaringerne fra projekterne baseret på 'Fælles skolebænk' peger derudover på, at det kan være vanskeligt at etablere en uddannelse, som er relevant på tværs af enheder og sektorer; et psykiatrisk personale vil typisk have behov for kompetenceudvikling inden for rusmiddelbehandling, hvorimod personalet i rusmiddelbehandlingen typisk vil efterspørge kompetenceudvikling i forhold til psykisk sygdom og behandling af disse (Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, 2019a). Disse udfordringer kan medføre, at selve undervisningen ikke altid er relevant for deltagerne, fordi en del af indholdet er velkendt, og de derfor oplever, at tiden kunne være brugt bedre. Det betyder ikke, at fælles kompetenceudvikling gennem 'Fælles skolebænk' ikke kan lade sig gøre, eller ikke bør gennemføres som del af en styrkelse af personalekompetencer. Det er vores erfaring fra selv at have varetaget undervisning og fra efterfølgende at have samarbejdet med folk, der har deltaget i undervisning, at der ofte sker vigtige meningsudvekslinger i sådanne undervisningsforløb, som sikrer en øget forståelse af deltageres forskellige fag- og arbejdsområder, arbejdsopgaver og tilgange til borgerne/patienterne, som i høj grad kan være med til at styrke det videre samarbejde mellem fagpersonale internt og på tværs af enheder. Men det er samtidig også vores erfaring, at for at fælles kompetenceudvikling skal fungere, er det afgørende, at både ledelse og undervisere har en særlig opmærksomhed på hvilke temaer, der kan have relevans på tværs af deltagerne, og hvordan der kan arbejdes med disse temaer i undervisningsforløbene og bagefter, så de bedst muligt styrker fagligheden og samarbejdet fremadrettet.

Fokuspunkter for kompetenceudvikling

Så er kompetenceudvikling vejen frem? Eksemplerne viser, at kompetenceudvikling ikke kan stå alene, hvis vi ønsker at forbedre indsatsen for mennesker med dobbeltproblematikker. Samtidig kan den i mange sammenhænge heller ikke undværes, da en del personalegrupper faktisk mangler konkrete kompetencer i forhold til arbejdet med målgruppen. For at sikre, at kompetenceudvikling fremadrettet bidrager bedst muligt, er det derfor vigtigt at afklare, hvad de mange projekter, som involverer kompetenceudvikling, peger på som vigtigt.

Et af de spørgsmål, som projekterne ikke umiddelbart kan besvare, er, hvad kompetenceudviklingen bør fokusere på (og hvordan det skal prioriteres) i forhold til projektets formål. Er det, vi mangler på dobbeltdiagnoseområdet, kompetenceudvikling om:

- Rusmidler og psykisk sygdom?

- Forebyggelse af truende adfærd og voldelige episoder?
- Effektive metoder til udredning og behandling?
- Viden om medicinering, også ved fortsat rusmiddelbrug ved siden af behandling?
- Organisatorisk forståelse og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer?
- Holdninger til rusmidler og dobbeltdiagnose?
- Stoffrihed, skadesreduktion?
- Recovery?
- Pårørendes rolle?

Vi har heller ikke klar viden om, på hvilket niveau kompetenceudvikling skal udføres?

- På den enkelte enhed – og skal det være opdelt i social- og sundhedspersonale?
- På tværs af enheder og personalegrupper?
- Med aktiv deltagelse af ledelse og andet personale (for eksempel administrativt)?

Derudover er det heller ikke klart, hvilke støttende indsatser der er brug for, hvis de erhvervede kompetencer skal blive bragt i spil?

- Skal ansvaret ligge hos leder/faglig leder?
- I hvor høj grad skal den eksisterende arbejdsgang tilpasses, så de bedst understøtter de nyerhvervede kompetencer?
- Hvor ofte skal der indføres møder eller temadage, hvor brug af kompetencerne i praksis genbesøges?

2.2. Udfordringer med samarbejde på tværs af psykiatri og rusmiddelbehandling

Øget samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling har udgjort en kerne i størstedelen af de gennemførte projekter. Følgende projekter er eksempler på projekter, hvor samarbejde på tværs har udgjort en vigtig del af projektet:

- Integreret indsats for sindslidende med misbrug
- Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb
- Klinik for ikke-psykotiske lidelser og misbrug
- Tværsektorielt team for misbrug
- Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne
- Koordinerende indsatsplaner
- ACT-teams
- Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug
- Analyser af sammenhængende velfærdsforløb
- Fælles undervisning
- Botilbudsteam
- Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser

- Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug

I evalueringsrapporterne fra de fleste af disse projekter er samarbejdet evalueret til at have været velfungerende (se for eksempel Deloitte Social, 2015; Kølbæk et al., 2016; Amilon et al., 2017; Møller et al., 2020). I to af projekterne – 'Klinik for ikke psykotiske lidelser og misbrug' (Buch, Thygesen & Johansen, 2015) og 'Projekt socialsygeplejerske – det gode patientforløb' (Ludvigsen & Brûnés, 2013) fungerede samarbejdet dog mindre godt i projektperioden og var ifølge evalueringsrapporterne kendetegnet ved:

- Faglig mistillid – det vil sige spørgsmål som: Hvad er de faglige argumenter for de andres indsatser? Sådanne spørgsmål resulterede ofte i, at mange ikke så nogen grund til at samarbejde, fordi de oplevede, at deres samarbejdspartnere ikke havde noget fagligt relevant at bidrage med.
- Konkurrence i stedet for samarbejde: Dette var kendetegnet ved en oplevelse af at kunne gøre arbejdet lige så godt alene og selv kunne varetage den del af behandlingen, som samarbejdspartnere tilbød. Her var også ofte en oplevelse af, at de andre 'stjæler vores borgere/patienter' (eller måske snarere relationen til dem). Konsekvensen af dette blev, at man i praksis opgav samarbejdet.
- Oplevelse af asymmetriske magtforhold: Det vil sige, at de forskellige parter ikke oplevede sig behandlet som ligeværdige. Denne oplevelse gjaldt både i forhold til organisationer: psykiatri og rusmiddelbehandling, og i forhold til fagligheder: sundhedsfaglig i forhold til socialfaglig. For eksempel oplevede personale i rusmiddelbehandlingen, at psykiatrien ikke anerkendte deres faglige vurderinger, og i psykiatrien oplevede personale, at kommunerne ikke respekterede deres faglige vurderinger.
- Nedprioriteringen af de tværsektorielle samarbejdsrelationer og -aktiviteter – dvs., at der ikke blev sat meget tid af til disse aktiviteter i projektperioden.
- Stereotyper/for-forståelser om hinanden var latent til stede og kunne let aktiveres. For eksempel kunne personale fra de kommunale organisationer brokke sig over, at det psykiatriske personale kun var interesseret i diagnoser og medicin. Og omvendt gav personale fra psykiatrien for eksempel udtryk for, at det socialfaglige personale i kommunerne ikke havde nogen faglighed, men bare gjorde, hvad de lige personligt synes gav mening i en konkret situation.

I nogle af projekterne – for eksempel i projektet 'Den koordinerende indsatsplan' – var det en udfordring overhovedet at få etableret et samarbejde på tværs af enhederne. Dette skyldtes blandt andet, at samarbejdet i forbindelse med den koordinerende indsatsplan blev opfattet som meget omfattende, og at der var en udbredt uklarhed i forhold til, hvad personalet reelt var forpligtet til. Det blev også tydeligt, at kommunikationsvejene ofte ikke var velbeskrevne og bidrog til uklarhed i forhold til, hvordan man fik etableret indsatsplanmøder (Buch & Petersen, 2017). I andre projekter – for eksempel projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug' – var det erfaringen, at der skulle arbejdes systematisk og vedholdende med samarbejdsrelationerne, for at de forblev velfungerende. Når der fra projektledernes side ikke var opmærksomhed på samarbejdsrelationerne, var der således en tendens til, at medarbejderne faldt tilbage i gamle mønstre og trak på fordomsfulde opfattelser af hinanden. For eksempel kunne personale fra behandlingspsykiatrien have den

opfattelse, at personale i socialpsykiatrien var uprofessionelle og bare lod stå til, når de ikke greb tidligere ind, når en borger valgte ikke at tage sin medicin. Projektlederne etablerede derfor en møderække, som de kaldte 'Kultursporet' og hvor fokus var på at lære hinanden at kende og skabe respekt om de forskellige fagligheder og tilgange (Johansen & Børsting-Andersen 2015, se også kapitel 3).

Projekterne, hvor der var vanskeligheder med at etablere et velfungerende samarbejde, viser således, at et godt samarbejde på tværs af enheder ikke automatisk er et resultat af at bringe psykiatri og rusmiddelbehandling sammen. Men vi mangler mere viden om faktorer, der bidrager til, at nogle samarbejdsprojekter ender godt, og andre ender dårligere. Det vil sige viden, der kan hjælpe os med at svare på følgende spørgsmål:

- Er det for eksempel projekter, hvor der har været en engageret og nærværende leder, der har klaret sig godt – eller er det projekter med en høj grad af autonomi?
- Er det for eksempel projekter, hvor udvalgte medarbejdere har haft rollen som samarbejdsagenter, eller projekter hvor alle medarbejderne har skulle fokusere på samarbejde (eller kombinationer heraf)?
- Handler forskellen mellem de mere og mindre vellykkede samarbejdsprojekter om de systemer/institutioner, som projekterne har været forankret i?
- Er der yderligere forhold, der spiller ind?

Hvis der fortsat skal laves nye samarbejdsprojekter på dobbeltdiagnoseområdet, vil det være relevant at forsøge at komme tættere på at svare på disse spørgsmål. Indtil videre må vi nøjes med at påpege, at det er nogle af de forhold, som man skal være opmærksom på.

2.3. Hvad sker der, når projekterne slutter?

Dette afsnit vil kort samle op på, hvad der sker – eller måske rettere ikke sker – med den viden, som projekterne har genereret i løbet af deres levetid. Den ene udfordring handler om, hvad der sker med de samarbejdsmodeller, der er blevet udviklet, mens den anden udfordring handler om, hvordan den viden, som projekterne genererer, ofte forsvinder ved projekternes afslutning.

2.3.1. Hvad sker der med samarbejdsmodellerne, når projekterne slutter?

Når noget går godt i et projekt, giver det ofte god mening af bevare det ved at prioritere en implementering af de indsatser, der har vist sig at styrke dobbeltdiagnoseområdet. På samme måde giver det mening at ændre på de områder, som der ikke har vist sig at fungere optimalt i projektet. Flere af projekterne har som beskrevet opbygget vigtige erfaringer i forhold til, hvad der med fordel kan bygges videre på, og hvad der bør afstedkomme en ændring og videre udvikling og kvalificering (se kapitel 3). Det sidste – at beskrive erfaringer relateret til hvor det er vigtigt at ændre på de områder, som ikke har vist sig at fungere optimalt i projekter – virker dog ofte til ikke at være prioriteret højt.

En række af projekterne med fokus på samarbejde har udviklet velfungerende samarbejdsmodeller – for eksempel 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug', 'Tværsektorielt team for misbrug' og 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne'. I evalueringen af projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug' står der: "Evalueringen af samarbejdsmodellen over for borgere med sindslidelse og misbrug er generel positiv. Anvendelsen af modellen har medført et styrket samarbejde mellem sektorerne om borgernes forløb, og der er tidlige indikationer på, at den integrerede indsats ligeledes medfører positive resultater for borgerne" (<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/integreret-indsats-for-borgere-med-sindslidelse-og-misbrug-evalueringsrapport>, tilgået 15/4 2021). På trods af denne positive evaluering blev samarbejdsmodellen ikke implementeret eller udbredt i Region Hovedstaden. I psykiatrien var argumentet, at der ikke var muligt at finde ressourcer til det².

Problematikken i forhold til at videreføre projekterfaringer er ikke kun forbeholdt projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug'. Overordnet set synes det faktisk at være karakteristisk for flere af samarbejdsprojekterne, at de har satset på at få frontlinjemedarbejderne til at samarbejde bedre og ikke har prioriteret, at erfaringerne fra projekterne skulle medføre strukturelle eller mere dyberegående organisatoriske ændringer. Men når samarbejdet på udførelsniveau ikke videreføres efter projektafslutningen, er det svært at se, hvordan projekterne kan få nogen blivende betydning, der sikrer et bedre samarbejde inden for dobbeltdiagnoseområdet på sigt. Også her har vi brug for mere viden:

- Hvad skal der til for at en velfungerende samarbejdsmodel bliver fastholdt?
- Hvilke argumenter er der behov for?
- Hvem skal adresseres med disse argumenter?

2.3.3. Hvordan sikrer vi erfaringsoverførsel?

For at erfaringerne fra projekterne bedst muligt bidrager til den videre udvikling inden for dobbeltdiagnoseområdet, er det afgørende, at de erfaringer, der er gjort i det enkelte projekt, formidles på en måde, så de indgår i overblikket over den samlede læring på området. Men ved en gennemgang af listen over de mange projekter og initiativer, der har været siden 2005 (se tabel 1, 2 og 3), er det slående, at særlige temaer eller emner synes at blive gentaget i stedet for at inddrage/bygge videre på eksisterende erfaringer/viden fra tidligere projekter. Nedenfor vil vi præsentere et par af de mest tydelige eksempler.

Identifikation af henholdsvis psykiske lidelser og misbrug

De første projekter, der er nævnt i tabel 1, er en række screeningsprojekter, der har været gennemført siden 2006 på foranledning af Socialstyrelsen. Erfaringerne fra ét af disse projekter i Århus er publiceret i Frederiksen (2009), mens Rambøll har lavet en erfaringsopsamling for en række af de andre projekter (2015) for Socialstyrelsen. Der var flere formål

² Dette fremgår ikke af evalueringsrapporterne, men stammer fra personlig kommunikation med projektlederne fra projektet.

med projekterne – dels var der en interesse i at finde ud af, hvor mange borgere i rusmiddelbehandling, der havde en psykiatrisk lidelse, dels var der en interesse i at finde ud af, hvordan psykiatrisk screening og udredning kunne organiseres i rusmiddelbehandlingen. I projektet i Århus havde man for eksempel et par psykiatere til at gennemgå alle borgere indskrevet i behandling for stofmisbrug og her fandt man, at omkring 40 % også havde en diagnosticébar psykiatrisk lidelse udover misbruget (Frederiksen 2009). I projektet på Frederiksberg screenede man borgere i rusmiddelbehandling ved hjælp af værktøjet 'Addiction Severity Index' (ASI), hvor borgere, der var belastede på ASI-området 'psykisk sygdom' blev sendt videre til udredning hos det lokale psykiatriske center, som der var indgået en aftale med. Der er ikke publiceret tal på, hvor stor en andel af borgerne i rusmiddelbehandlingen på Frederiksberg, der havde en psykiatrisk lidelse³.

Projekt 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne' havde i flere af sine delprojekter et fokus på at understøtte diagnosticeringen (af rusmiddelbrug) hos psykiatriske patienter, og i Region Hovedstadens Psykiatri var en stigning i andelen af diagnoser for skadeligt brug og afhængighed af rusmidler et af succeskriterierne for projektet (Als Research & Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, 2017). I disse projekter brugte man blandt andet screeningsværktøjerne Drug Check, AUDIT, DUDIT og DUDIT-E.

Projekterne har altså bidraget til et vist kendskab til både omfang af psykiske lidelser hos mennesker indskrevet i rusmiddelbehandling og psykiatri, samt hvilke redskaber der kan bruges til at screene og udrede borgerne. Alligevel ser vi i Regeringens psykiatriudspil fra 2018, at der er brug for at 'udvikle og afprøve værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug' (indsats nr. 37). Nærmere bestemt står der: "Regeringen vil søge tilslutning til, at der med satspuljen for 2019 afsættes i alt 2 mio. kr. i 2019-2020 til udvikling og afprøvning af to værktøjer til opsporing af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det ene værktøj skal kunne anvendes af personale med ansvar for rusmiddelbehandling og det andet af personale i psykiatrien. Værktøjerne udvikles af Sundhedsstyrelsen under inddragelse af Socialstyrelsen og relevante fagpersoner" (Regeringen, 2018, s. 62)⁴. Man kan lidt firkantet sige, at ovenstående projekter viser, at de redskaber sådan set allerede findes, og at der er opbygget vigtige erfaringer i forhold til, hvordan de kan anvendes. Så hvorfor disse erfaringer ikke inddrages i udspillet i 2018 kan være svært at forstå.

Gentagelse af samarbejdsprojekter

Et andet eksempel omhandler de mange samarbejdsprojekter, der allerede er blevet gennemført på dobbeltdiagnoseområdet. Her fortsættes der også med at pege på samarbejde

³ Udover ASI og udredning ved psykiater, som er benyttet i disse projekter, skal det også nævnes, at KL i 2012 udgav 'Basis-screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen', der indeholder (1) Screeningsværktøj, (2) Inspiration til yderligere screening, og (3) Inspiration til organisering af screeningen.

⁴ Denne aktivitet i psykiatriudspillet blev ikke gennemført.

som den primære løsning på udfordringerne på dobbeltdiagnoseområdet, uden at kontekstuelle og organisatoriske forhold for dette samarbejde adresseres – noget som tidligere rapporter netop har understreget betydningen af. Det ser vi for eksempel i 'Analyser af sammenhængende velfærdsforløb', i Regeringens psykiatriplan og i 'Fælles undervisning'. Ligesom med de projekter, der har bidraget med vigtig viden om afdækning og udredning af målgruppen, virker det også her som om, der ikke følges op på de projekter, der allerede er lavet.

ACT

Sidste eksempel omhandler behandlingsmodellen ACT – Assertive Community Treatment. ACT har været model for den regionale behandlingspsykiatri OP-teams (Opsøgende Psykose team) siden midten af 00'erne, og er blandt andet blevet beskrevet i en medicinsk teknologivurdering (Albæk et al 2004). I Region Nordjylland og i Region Hovedstaden har der endda været etableret egentlige DD-ACT-teams, hvis effekt dog ikke er nærmere undersøgt. På trods af disse erfaringer der blandt andet har vist, at metoden er velegnet til at sikre behandling af alvorligt psykisk syge mennesker, der har svært ved at passe ind i det eksisterende behandlingssystem, etablerede Socialstyrelsen i 2015 et projekt, hvor ACT-modellen igen afprøves på mennesker med alvorlig psykisk sygdom og afhængighed af rusmidler, og hvor der i udarbejdelsen af dette projekt ikke inddrages allerede eksisterende viden fra OP-teamsene (Amilon et al., 2017).

Ovenstående eksempler viser, at der i hvert fald ikke på nuværende tidspunkt eksisterer gode nok strukturer, der sikrer vidensdeling fra projekt til projekt, og fra styrelses-område til styrelses-område. Man kan overveje, om det skyldes:

- Manglende tværgående erfaringsopsamlinger og fokus på akkumulering af viden snarere end gentagelse?
- Manglende koordination af et fælles ansvar for dobbeltdiagnoseområdet?
- Manglede national vidensforankring?
- Manglende vidensberedskab hos ministerier, styrelser og øvrige aktører på området, for eksempel Kommunernes Landsforening og Danske Regioner?

2.4. Opsamling

Et første bud på, hvad vi kan lære af en tværgående erfaringsopsamling på dobbeltdiagnoseprojekterne er:

- Er kompetenceudvikling vejen frem? Kompetenceudvikling er vigtigt, men vi kan ikke udelukkende satse på det – vi skal også kigge på organisatorisk forankring og organisatoriske ændringer.
- Når man skaber mulighed for at psykiatri og rusmiddelbehandling mødes – får vi så automatisk et godt samarbejde? Nej – vi får ikke automatisk et godt samarbejde, bare fordi vi får psykiatri og rusmiddelbehandling til at mødes – vi bliver nødt til også at have

en opmærksomhed på organisatoriske og kulturelle forhold, herunder hvilken betydning ledelsen har for prioritering og støtte af et sådan løbende samarbejde.

- Hvad sker der med samarbejdsmodeller, når projekterne slutter? Vi får ikke forankret samarbejdsmodellerne, når projekterne slutter – de næste projekter bør som minimum fokusere på implementering fremfor udvikling af endnu en samarbejdsmodel.
- Hvordan sikrer man erfaringsoverførsel? Fra projekt til projekt, fra styrelses-område til styrelses-område? I hvert fald ikke, som vi gør nu. Det kan vi blive meget bedre til.

Når man kigger på de mange dobbeltdiagnoseprojekter, der er blevet gennemført – og mange af dem endda med positive evalueringer – kan det undre, at mange af dem ikke lever videre ud over projektperioden, når der skal allokeres driftsmidler for at sikre tiltagene, efter projektperioden er udløbet. Betyder det, at dobbeltdiagnoseområdet alligevel ikke er så højt prioriteret i forhold til flere andre områder, som har fået den kontinuerlige opmærksomhed og tildeling af ressourcer, der støtter forankring på længere sigt. I psykiatrien har sådanne initiativer blandt andet omhandlet nedbringelse af tvang, somatisk helbred og overdødelighed, sundhedsfaglig specialisering gennem øget fokus på den sundhedsfaglige kerneopgave og medicinsk behandling, ansættelse af recovery-mentorer – det vil sige medarbejdere med erfaringsbaggrund, samt Sundhedsplatformen (i Region Sjælland og Region Hovedstaden). For det kommunale rusmiddelfelt kan der tilsvarende opremses en række andre prioriteringer. Men resultatet er ikke desto mindre det samme: At dobbeltdiagnoseområdet trods tildeling af midler til projekter ikke synes at blive vurderet som vigtigt nok i forhold til en videre kvalificering af området. Der er dog også håb. Selvom en del erfaringer fra de forskellige projekter peger på, hvad der ikke nødvendigvis skal implementeres eller afprøves videre inden for dobbeltdiagnoseområdet, er der også flere projekterfaringer, som allerede nu peger på flere tiltag, der på sigt kan styrke området.

Kapitel 3. Hvad bør vi bygge videre på

I dette kapitel vil vi fremdrage den positive læring, som nogle af projekterne har bidraget med i forhold til at opkvalificere dobbeltdiagnoseområdet. Der er således tale om den samme bruttoliste af projekter, som er beskrevet indtil nu, men her vil vi trække nogle positive erfaringer frem, som området med fordel kan bygge videre på. Centrale projekter i gennemgangen er projekt 'Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser' forankret i Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling, Region Hovedstadens Psykiatri og deres kommunale samarbejdspartnere, samt den evalueringsrapport, der blev lavet om projektet i 2020 (Møller et al., 2020). Projektet er blandt andet kendetegnet ved, at erfaringerne fra en række tidligere projekter her blev inddraget langt mere systematisk i planlægningen og udførelsen af projektet i forhold til, hvad vi ellers har set på dobbeltdiagnoseområdet. Derudover vil vi blandt andet inddrage projektet 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug', hvor flere positive erfaringer også peger på vigtige elementer, som med fordel kan bidrage til den videre udvikling af området (Deloist Social, 2015; Johansen & Børsting-Andersen, 2015).

3.1. Er kompetenceudvikling og undervisning alligevel vejen frem?

Som beskrevet i kapitel 2 ændrer kompetenceudvikling af personalet inden for dobbeltdiagnoseområdet ikke nødvendigvis praksis. Alligevel udgør kompetenceudvikling en afgørende faktor i forhold til at sikre en løbende forbedring af indsatser for mennesker med dobbeltdiagnose, særligt når den indgår løbende og systematisk. Anvendt på denne måde har kompetenceudvikling et vigtigt potentiale i forhold til at forbedre indsatser på kort og lang sigt, så som særligt rettede behandlingstilbud, efterbehandling og opfølgning (se for eksempel Buckley & Caple, 2007).

Som beskrevet i kapitel 2 indgår kompetenceudvikling da også som et helt afgørende element i flere af de projekter, hvor der er gode erfaringer, som kan bidrage til udvikling af feltet. Projekt 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne' prioriterede for eksempel at uddanne en gruppe af ressourcepersoner inden for dobbeltdiagnoseudredning og -behandling på de deltagende centre, med henblik på at styrke den samlede behandlingsindsats. Og selvom de ikke alle steder kom til at fungere som ressourcepersoner, sådan som det var tiltænkt i projektet, så udgjorde uddannelsen et konkret og vigtigt kompetenceløft i forhold til udførelse af deres konkrete arbejde (Jeppesen, 2018). 'Projekt Socialsygeplejerske – det gode patientforløb' (Ludvigsen og Brûnés, 2013) involverede et formuleret fokus på kompetenceudvikling som centralt element i socialsygeplejerskernes arbejde og ansatte derfor sygeplejersker med særligt kendskab til rusmiddelafhængighed og socialt udsatte på de enkelte hospitaler/psykiatriske centre. Vigtige opgaver for socialsygeplejerskerne var blandt andet at formidle viden om rusmiddelbrug, smerte- og abstinensbehandling til hospitalspersonalet og på den måde imødekomme manglende viden og negative

normative holdninger til indlagte patienter med rusproblemer. Projektet 'Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser', forankret på Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling, Region H, prioriterede i samarbejde med fem kommunale rusmiddelcentre at lave en model for systematisk og koordineret samarbejde mellem de to sektorer, hvor flere centrale elementer sigtede på at styrke kompetenceudviklingen hos medarbejderne både før og under indtag af patienter. Modellen blev implementeret både på ledelses- og medarbejderplan, blandt andet gennem: 1) udvikling af koncept og målgruppeafgrænsning med deltagelse af både psykiatri og rusmiddelbehandling, 2) kommunal repræsentation ved ansættelsessamtaler (fælles ansættelsesudvalg ved nyanstillinger for at sikre fælles fokus), 3) rekruttering af medarbejdere med dobbeltprofiler på APU (ansættelse af personale med viden og motivation for at arbejde med begge problematikker), 4) uddannelse af det psykiatriske personale i dobbeltdiagnoser, med særligt fokus på rusmidler. Desuden blev der i projektforløbet implementeret 1) månedlige forbedringsmøder mellem ledere, 2) kvartalsvise fælles lægemøder, 3) fælles faglige arrangementer mellem personalet på de deltagende enheder, 4) gruppe på tværs (medarbejder fra psykiatri og rusmiddelbehandling er sammen ansvarlige for en behandlingsgruppe). Evalueringen af projektet viste efterfølgende, at disse elementer var medvirkende til at styrke et øget fokus og en øget forståelse af patienternes dobbeltproblematikker og at øge respekten og tilliden til de specifikke fagligheder, der var involverede i samarbejdet (Møller et al., 2020).

Flere andre projekter har også haft fokus på fælles kompetenceudvikling mellem psykiatri og rusmiddelbehandling, og har nogle gange også inddraget socialpsykiatri efter idéen om 'Fælles skolebænk' (se side 10). For eksempel inddrog projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug', herunder særlig indsatsen kaldet 'Kultursporet', et bevidst reflekterende arbejde, som prioriterede adgang til viden fra den anden sektors fagområder. Projektet havde således fokus på at få bragt alles kompetencer i spil på konstruktive måder, for eksempel ved at give rum til at medarbejdernes forskellige perspektiver på de enkelte borgerforløb blev hørt. Denne del indgik i samarbejdsmodellen for integrerede indsatser på tværs af behandlingspsykiatri, rusmiddelbehandling og socialpsykiatri, og udgjorde ét af modellens fem overordnede elementer. De fem elementer bestod af (1) Ledelsesmæssig forankring, (2) Struktur og rammer for det tværsektorielle samarbejde for at sikre, at medarbejderne fra alle enheder indgik i en løbende faglig dialog om de enkelte borgerforløb og det tværsektorielle samarbejde, samt (3) Etablering af tværfagligt team, som varetog den integrerede indsats, (4) Opsøgende og vedvarende indsatser, som ydes dér, hvor borgeren befinder sig (gaden, egen bolig, botilbud med mere), samt (5) Fælles processer og redskaber (Deloitte Social, 2015; Johansen & Børsting-Andersen, 2015).

Samlet set synes der i disse projekter altså at være en oplevelse af, at kompetenceudvikling udgør en vigtig måde at give personalegrupper på tværs af enheder og fagligheder en fælles viden om centrale temaer i inden for dobbeltdiagnoseområdet og et vigtigt kendskab til forskellige fagligheder, arbejdsopgaver, ansvarsområdet og arbejdsvilkår, som støtter samarbejdet fremadrettet. Erfaringerne fra projekterne peger således på flere positive aspekter i forhold til kvalitetsudvikling, og selv om projekterne ikke endeligt kan sige, hvilke vidensområder, der er afgørende for en forbedring af praksis, så handler det formentlig om de emner, som også blev berørt i kapitel 2, afsnit 2.1:

- Viden om rusmidler og psykisk sygdom (og hvordan det påvirker borgerne og medarbejdere)
- Viden om validerede screenings- og udredningsmetoder
- Viden om validerede og effektive behandlingsmetoder (herunder medicinering hvis relevant)
- Viden om organisatorisk forståelse af de enheder og opgaver, som er involveret i behandling af dobbeltdiagnose
- Viden om vigtige faktorer, der understøtter samarbejde med borgeren og interne og eksterne samarbejdspartnere, så som fagprofessionelle og pårørende
- Betydning af at opbygge en samarbejdsalliance med borgerne
- Afdækning og dialog om holdninger til rusmidler og psykisk lidelse
- Kontakt og arbejde med pårørende

3.2. Hvad kan møder mellem psykiatri og rusmiddelbehandling?

Samarbejdet på tværs af sektorer og enheder er ikke til at komme uden om, uanset hvor tilbud til målgruppen placeres. Dette gælder ikke blot samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelcentre, men også samarbejde mellem psykiatri og socialpsykiatri, rusmiddelbehandling og jobcentre eller familieforvaltning med mere. Med tanke på både borgernes og medarbejdernes oplevelse af udfordringer i forhold til kontakt og koordinering mellem de forskellige tilbud og systemer er det derfor positivt, at samarbejde på tværs af en bredere palette af tilbud også har udgjort en kerne i størstedelen af de gennemførte projekter.

I kapitel 2 stillede vi spørgsmål til, hvorvidt projekter, hvor samarbejdet er forløbet tilfredsstillende i projektperioden, har været kendetegnet ved 1) En engageret og nærværende ledelse eller ved en høj grad af autonomi, 2) At udvalgte medarbejdere har haft rollen som samarbejdsagenter eller ved, at alle medarbejderne har skulle fokusere på samarbejde, 3) En solid forankring i de systemer/institutioner, hvor projekterne blev gennemført – eller noget helt fjerde. Vi stillede også spørgsmål, om sådanne projekter var kendetegnede ved at prioritere etablering af et samarbejde på tværs af involverede faggrupper, enheder og sektorer, herunder aktiviteter, der løbende styrkede samarbejdsrelationer og -aktiviteter på tværs. Her i kapitel 3 vil vi fokusere på det, som vi kan lære om de velfungerende projekter.

3.2.1. Samskabelse – mere end samarbejde?

I de projekter, som vi vil fremhæve i forhold til positiv læring om samarbejde, har det været tydeligt, at der har været et meget eksplicit fokus på samarbejde og på at få samarbejdet til at fungere. Dvs., at der ikke har været forventninger om, at et sådant samarbejde fungerede af sig selv, når man 'satte' aktørerne sammen, men at det er blevet prioriteret at iværksætte en række konkrete aktiviteter, som skulle understøtte et velfungerende samarbejde løbende. Projekterne har i vid udstrækning baseret sig på samskabelse på tværs af sektorer som et vigtigt element af samarbejdet, dvs. aktiviteter, der støtter samskabelse af

en mere fælles kultur og organisering af indsats fra opstart af projektet og under selve projektperioden, samt en større forståelse af hvad der kendetegner de forskellige kulturer og arbejdsopgaver i de respektive sektorer.

Projektet om behandling af mennesker med ikke psykotisk lidelse og misbrug, forankret på Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling, Region Hovedstadens Psykiatri, havde fokus på betydningen af samskabelse inden projektopstart og indtag af patienter. I evalueringen af projektet vurderes det, at de rammer for samskabelse, der således blev lagt tidligt for det tværsektorielle behandlingstilbud (for eksempel tværsektorielt deltagelse i ansættelsesudvalg og ansættelse af personale med dobbeltkompetencer i psykiatrien), har været afgørende for medarbejdernes oplevelse af et overordnet meget positivt samarbejde mellem sektorerne. Og lige så vigtigt – at rammerne for samskabelse har været afgørende for medarbejdernes vilje og motivation til at sikre et godt samarbejde løbende ved at imødekomme de udfordringer, der uvægerligt optræder i samarbejder på en konstruktiv måde. Evalueringen viste også, at medarbejdere oplevede flere elementer i denne samskabelsesproces som afgørende for det positive samarbejde, herunder 1) fælles arrangementer før og under opstart af projektet, 2) prioriteringen af at fastholde en respektfuld og ligeværdig kommunikation mellem fagpersoner på tværs af sektorer, 3) et løbende og struktureret kommunikations- og informationsflow på tværs af sektorerne, samt 4) den faste struktur i samarbejdet omkring borgerne (inkl. de tre koordinerende indsatsplansmøder). Samtidig blev det også bemærket, at der stadig er plads til forbedringer i den tværfaglige samarbejdsmodel, hvor særligt sundhedspersonalet efterspurgte en højere grad af inddragelse, både på de tidlige trin i opstartsfasen og undervejs i projektet (Møller et al., 2020).

I Projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug' har man, som tidligere beskrevet, ligeledes arbejdet aktivt med vigtigheden af at have forståelse og respekt for hinandens faglighed og faglige vurderinger af borgerne. Personalet blev undervist i hinandens tilgange og var på besøg hos hinanden. Det var her erfaringen, at denne prioritering øgede en fælles forståelse for andre kollegers fagområder og kompetencer, så som viden om stoffer og rusmiddelbehandling, metoder i socialpsykiatrien, viden om diagnoser og behandling i psykiatrien, samt viden om de lovgivnings- og styringsmæssige rammer, som de enkelte enheder er underlagt (ydelsesregistreringer og accelererede patientforløb i psykiatrien, Servicelovens rammer for indsatser i socialpsykiatrien og udlicitering af kerneopgaver i den kommunale misbrugsbehandling). Det er her en væsentlig pointe, at den viden, der blev oplevet som mest brugbar, var grundviden fra de andre enheders praksis, så som viden om stoffer, psykiatrisk diagnosticering og metodebrug i socialpsykiatrien. Oplevelsen var, at fokus på samskabelse bevirkede en øget accept af, at forskellige institutioner er underlagt forskellige love, der giver forskellige muligheder og begrænsninger i forhold til hinanden, og at forskellige centrale begreber, der traditionelt har været knyttet til særlige enheder, med fordel kunne anvendes bredere. Eksempelvis om skadesreduktionsbegrebet fra rusmiddelområdet kunne åbne for nogle nye måder at tænke behandling og behandlingsmål på i behandlings- og socialpsykiatrien. De forskellige diskussioner medførte derudover, at personalet i højere grad så fordelene ved at behandle begge lidelser samtidig og arbejde med udgangspunkt i skadesreduktion frem for med afholdenhed som det primære mål (Johansen & Børsting-Andersen 2015).

Udover de fem kerneelementer, som var etableret i projektet (se ovenfor), bidrog medarbejderne også med flere bud på vigtige elementer i etableringen af et fælles værdimæssigt grundlag for tværsektorielt samarbejde: (1) Centrale kulturelle forskelle i synet på de mennesker, der skal hjælpes, og den behandling, der tilbydes, skal identificeres, (2) De kulturelle forskelle og ligheder mellem aktørerne skal tages seriøst og italesættes, (3) Der skal gives tid og rum til at mødes, lære og reflektere sammen, (4) Medarbejderne skal gives egentlig viden om hinanden og om hinandens arbejdsvilkår, (5) Skabelse af en fælles forståelses- og referenceramme, (6) Der skal være en struktur, der sikrer, at man mødes tværsektorielt, (7) Nye medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde skal introduceres til den fælles kultur, der er blevet skabt, (8) Nuværende medarbejdere skal arbejde med at fastholde fokus på den fælles tilgang, (9) Det er vigtigt at inddrage læger fra psykiatrien og myndighedspersoner fra kommunerne i integrerede teams, (10) Det er centralt, at der udpeges en eller flere tovholdere i det tværsektorielle samarbejde, så nogen er forpligtet på samarbejdet, (11) På sigt skal der være mulighed for, at de forskellige tekniske og informationsbærende systemer understøtter samarbejdet (Johansen & Børsting-Andersen, 2015).

Vigtige fokuspunkter for samarbejde og samskabelse mellem sektorerne

Samlet set synes det at være kendetegnende for de projekter, som har vist, hvordan samarbejdet mellem enheder og sektorer kan optimeres, at de har haft stort fokus på at sikre, at samskabelse som del af dette samarbejde styrkes løbende. Nedenstående liste samler alle de elementer, som synes at have spillet en rolle. Det er dog ikke muligt på baggrund af de nuværende erfaringer at identificere, om nogle elementer er mere centrale end andre. Det mangler vi stadig at få undersøgt.

- **Fælles formålserklæring og forventningsafstemning før udformning af endeligt projekt og projektopstart.** Dette kræver særligt, at lederne på de forskellige enheder er motiverede for at arbejde sammen og inddrager personalet, så projektet forankres i praksis og styrker motivation for samarbejde.
- **Ledelsesmæssig forankring.** Udover at forankre og sikre driften i projektet, udgør lederne en vigtig del af den løbende sikring af samarbejde og koordination af indsatser på tværs af enheder, både gennem deres daglige ledelse, ledermøder og møder med egne medarbejdere. En sådan forankring synes at styrkes gennem deltagelse i styregruppe med overordnet ansvar for implementering, ressourceallokering og resultater.
- **Ansættelse af personale med viden og motivation for at arbejde med dobbeltproblematikker.** For at sikre motivation for at arbejde med både rusmiddelbrug og psykisk lidelse er det vigtigt at ansætte personale med erfaring eller lyst til at uddanne sig og arbejde med begge problematikker. Nyansættelser kan ske med etablering af et fælles ansættelsesudvalg, for på den måde at sikre at de involverede enheder fra start samarbejder om prioritering af dette fælles fokus.
- **Kompetenceudvikling.** For at lære på tværs af fagligheder og enheder, så som fælles faglige dage med undervisning i temaer, der er relevante på tværs af medarbejdergrupper (dobbelt diagnoseproblematikker, pårørendefokus, evidensbaserede metoder, screening og udredning, borgerinddragelse, recovery, skadesreduktion, etik med

mere.) Dette udelukker ikke undervisning af udvalgte faggrupper internt eller på tværs af enheder, men undervisning og faglig udveksling på tværs bør indgå som fast element.

- **Værdier.** Det er vigtigt at sikre fælles fora, hvor der er tid til at opbygge en fælles forståelses- og referenceramme for samarbejdet. Viden om ansvarsområder, arbejdsopgaver og arbejdsvilkår for medarbejderne i forskellige enheder og faggrupper styrker mulighed for, at samskabelse styrker brobygning mellem enheder og fagpersonale, så som kulturelle og faglige forskelle i tilgang til målgruppen og vurdering af, hvilken behandling de skal tilbydes.
- **Tværfaglige teams med en bred palet af fagligheder.** Samarbejde på tværs af fagligheder og enheder involverer behov for klare arbejdsgange for opgaver og aktiviteter i de tværfaglige teams. Centrale fokuspunkter er, hvordan disse teams bedst muligt kan samarbejde om behandlingsforløb, og hvordan de fysiske rammer bedst kan udnyttes til at understøtte teamets samarbejde også på tværs af sektorer. Det synes at styrke tværfagligheden, når en eller flere tovholdere forpligtes på at sikre dette samarbejde. Hvis relevant kan fagpersoner fra andre centrale indsats involveres, så som bo-støtter og speciallæger, samt jobcenter og botilbud.
- **Fælles faglige rammer og aktiviteter.** Det er vigtigt med struktur og rammer, som sikrer, at medarbejderne fra alle enheder på tværs af sektorer indgår i en løbende faglig dialog om målgruppen og rammer for samarbejdet. Som en del af dette skal det prioriteres, at nye medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde introduceres til den fælles kultur, der er blevet skabt, samt at der løbende indgår medarbejderrotation mellem sektorer, eksempelvis i form af dags- eller ugentlige besøg på de andre enheder, samt samarbejde om behandlingsforløb hvor medarbejdere fra hver sektor inddrages.
- **Fælles processer og redskaber.** Overlap mellem brug af screenings-, udrednings- og behandlingsmetoder letter kommunikationen på tværs af enheder, både på medarbejder- og borgerniveau, blandt andet i forhold til afklaring af problemområder og indsatsområde.
- **Visitation, behandlingskonference og afslutningsplan på tværs af sektorer.** Dette samarbejde involverer ikke nødvendigvis alle indsats, men løbende dialog på konferencer sikrer udveksling på tværs og løbende afstemning af forventninger hos ledere, medarbejdere og målgruppe, herunder overvejelser om løbende justering af indsatsområder og samarbejde.
- **Fælles koordinerende indsatsplansmøder.** Medarbejdere, der er involverede i den enkelte borgers forløb, bør deltage i disse møder, og borger og andre relevante aktører og pårørende bør inddrages, når det vurderes at være relevant. Den koordinerende indsatsplan er et alternativt til et egentlig fælles journalsystem eller en delt behandlingsplan, som i endnu højere grad kan lette kommunikation og behandlingsarbejde mellem sektorer. Det er afgørende at prioritere ressourcer til planlægning og gennemførelse af møderne.
- **Koordinering af IT på tværs af sektorer/systemer.** På sigt skal der være mulighed for, at de forskellige tekniske og informationsbærende systemer understøtter samarbejdet på tværs af sektorer.

Gennemgangen af centrale fokuspunkter for samarbejde og samskabelse mellem sektorerne viser, at der er mange indsatser, der bør inddrages og prioriteres, for at samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling lykkes og rent faktisk flytter noget i en behandlingsmæssig sammenhæng. Det sker ikke bare af sig selv, fordi man sætter de to aktører sammen. Det synes her som om lederens løbende prioritering af disse områder spiller en særlig vigtig rolle for at sikre forankring i praksis.

3.3. Hvad sker der, når projekterne slutter?

Mange af projekterne har afprøvet vigtige tiltag og indsatser og har bidraget med viden om, hvad der med fordel kan arbejdes videre med inden for dobbeltdiagnoseområdet. Men fordi projekter stopper, behøver den videre udbredelse af opbygget viden fra projektet og eventuelle implementering af tiltag, som har vist sig at kunne bidrage positivt fremadrettet, ikke at stoppe. I det følgende fremhæves eksempler fra projekter, hvor udvikling af mere velfungerende samarbejdsmodeller har været centralt, og hvor der er kommet bud på løsninger i forhold til udvikling og udbredelse af mere velfungerende samarbejdsmodeller inden for dobbeltdiagnoseområdet.

3.3.1. Forankring og udbredelse af samarbejdsmodeller

Projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug' havde til formål at udvikle, afprøve og evaluere en model til at integrere indsatsen over for målgruppen på tværs af socialpsykiatri og rusmiddelbehandling i kommunalt regi og behandlingspsykiatri i regionerne (Deloitte Social, 2015). I evalueringen af projektet står der for eksempel: *Modellen for en integreret indsats er i vidt omfang blevet implementeret i projektkommuner og -regioner, og har medført en betydelig udvikling i kommuner og regioners samarbejde om borgere med sindslidelse og misbrug. Det styrkede samarbejde fører til en langt mere koordineret indsats for borgerne, og der er tidlige indikationer på, at dette også medfører en positiv udvikling hos de borgere, som modtager støtte fra det tværfaglige team. Der er dog stadig potentiale for en mere integreret frem for koordineret indsats for målgruppen* (Socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange/integreret-indsats>). Ydermere beskrives det, at modellen er blevet implementeret i fire lokale projekter, som involverer i alt fire kommuner og to regioner, i perioden fra medio 2011 til primo 2015. Samarbejdsmodellen blev implementeret i én af regionerne, men det er uvist, hvad der er sket med den videre udvikling af samarbejdsmodellen, og hvorvidt den er blevet evalueret i forhold til om den kan styrke en mere integreret indsats, både i de kommuner og regioner, der deltog i projektet, og i forhold til potentialet for at bidrage bredere nationalt.

Erfaringerne og evalueringen fra projektet 'Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser' har bevirket, at modellen nu rulles ud til andre dele i Region Hovedstadens Psykiatri, med forventning om at den dækker hele Region H om nogle år. Samarbejdsmodellen søges også overført til andre målgrupper i det psykiatriske behandlingssystem.

I forhold til projekt 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne' var der særligt i det sidste år af projektets løbetid fokus på, hvordan projektets resultater kunne fastholdes og udvikles yderligere. Størstedelen af de deltagende enheder fortsatte med en form for resourcepersonsordning, som har til opgave at støtte dobbeltfokus, mens de resterende enheder har søgt at varetage fokus gennem andre foranstaltninger. Derudover fastholdt to centre som målsætning at afholde en til to temadage om dobbeltdiagnoser årligt, mens to enheder planlagde at opstarte samarbejds-events med eksterne partnere for at sikre en mere sammenhængende indsats, primært for dobbeltdiagnosegruppen. Mens flere enheder søger at prioritere løbende udvikling inden for udredning, diagnosticering og behandlingsplaner, der inddrager fokus på misbrug, har kun et enkelt center etableret en fast forankring af dobbeltdiagnoseindsatsen i kvalitetsarbejdet. Da Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser fremadrettet har et ansvar for at støtte dobbeltdiagnosebehandling i Region Hovedstadens Psykiatri, blev det besluttet at prioritere følgende indsatser til forankring af Satspulje-projektets resultater: fastholdelse af kontakt til alle enheder med afsæt i resourcepersoner og/eller lokale udviklings- og/eller kvalitetschefer, blandt andet gennem 1-2 besøg årligt, 1-2 årlige halvdagsarrangementer med fokus på dobbeltdiagnose; nyhedsbrev hver anden til tredje måned til alle tidligere resourcepersoner i projektet med opdateringer på dobbeltdiagnoseområdet. Endelig fik Psykiatrisk Center Stolpegård tildelt ressourcer fra projektet til delvis finansiering af udvikling af et nyt behandlingstilbud for patienter med en ikke-psykotisk lidelse og misbrug: Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser (se ovenfor) (Als Research & Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, 2017).

I forhold til projekt 'Tværsektorielt team for misbrug' (Kølbæk et. al., 2016) blev erfaringerne herfra primært indarbejdet i to nye tiltag i henholdsvis rusmiddelbehandling og psykiatri. I Københavns Kommune etableredes URUS – udgående rusmiddelbehandling, der laver opsøgende rusmiddelbehandling på kommunes socialpsykiatriske botilbud. I Region Hovedstadens Psykiatri har man etableret botilbudsteam, som er opsøgende psykiatriske teams, der behandler beboerne på botilbud. Disse teams findes i hele regionen. I Københavns Kommune er der på nogle af botilbuddene et tæt samarbejde mellem URUS og botilbudsteamene. Der er dog ikke længere tale om tværsektorielle teams, men henholdsvis et kommunalt og et regionalt team, der samarbejder.

I forhold til socialsygeplejersker er der i dag ansat socialsygeplejersker på langt de fleste hospitaler i landet på tværs af regioner, på nær Region Nord, som i stedet har ansat "brobyggerpsygeplejersker", som skal løfte samme opgave, men hvor der ikke er samme viden fra tidligere projekter i forhold til, hvordan dette skal struktureres. I Region Hovedstaden er der nu næsten 20 socialsygeplejersker i somatikken og fra 2022 planlægges der også med at ansætte 10 i psykiatrien, samt med ansættelse af fire socialoverlæger – to i somatikken og to i psykiatrien. Udover at denne udvikling er sket som følge af støtte gennem regionale budgetaftaler, har flere hospitaler i Region Hovedstaden også fundet midler lokalt til at ansætte flere socialsygeplejersker. Denne udvikling peger på det, som blev beskrevet i sektion 3.2.1., nemlig, at det er afgørende med ledelsesmæssig opbakning i forhold til at projekter, som søger at samle på tværs, både i opstartsfasen, men også som del af en videre prioritering i forhold til at vækste positive erfaringer.

3.3.2. Erfaringsoverførsel fra projekt til praksis

I kapitel 2 spurgte vi, hvordan vi kan blive bedre til at sikre, at vigtig indhentet viden fra projekter udbredes til relevante aktører, så det gavner flest muligt. Den positive melding er, at selvom meget indhentet erfaring ikke når ud til mange, er der flere muligheder for at dele. Her er nogle eksempler:

Formidling online via offentlige hjemmesider: Projekt 'Integreret indsats for sindslidende med misbrug' beskriver, at der stadig er potentiale for forbedring, og måske også for en videre evaluering af samarbejdsmodellen, da det kun var et fåtal af målgruppen, som modtog den integrerede indsats, hvorfor evaluering derfor også beskrives som "en tidlig indikation på, hvilke resultater den integrerede indsats kan medføre for borgerne". Der er på Socialstyrelsen hjemmeside 'Viden til gavn' både adgang til selve evalueringen af projektet, en beskrivelse af samarbejdsmodellen og en håndbog til fagpersoner, hvor sidstnævnte giver en nøjere indføring i, hvordan modellen kan anvendes i praksis. Der er altså mulighed for at sætte sig ind i projektet og den opbyggede viden i forhold til anvendelse i praksis og inddragelse i nye projekter.

I det hele taget formidler Socialstyrelsens 'Viden til gavn' viden fra mange relevante projekter, der berører målgruppen. Derudover formidler Kommuners Landsforening og flere fonde, så som Helsefonden og Trygfonden, også viden om projekter, de har støttet. Det samme gælder et bredt udvalg af forskningsinstitutioner, der prioriterer formidling af projekter og fund højt.

Formidling i en region eller kommune: Erfaringerne fra projekt 'Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser' er beskrevet i en rapport, som er tilgængelig på Region Hovedstadens Psykiatris hjemmeside, og kan hentes af alle. Det samme sker givetvis med andre projekter og i andre regioner.

Formidling i faglige netværk og på konferencer: Flere af projekterne har prioriteret formidling i netværk, som er interesserede i at følge projekter og høre om erfaringer og resultater. Sådanne netværk kan både være faglige netværk som Addiktiv Sygepleje, Addiktiv Medicin, Selskab for Misbrugspsykologi, Dansk Fagligt Netværk for Dobeltdiagnose, men kan også være mere brede faglige netværk, så som Dansk Socialrådgiverforening.

3.4. Opsamling

Udviklingsarbejde inden for dobbeltdiagnoseområdet har mange positive projekterfaringer, som der kan trækkes på i kommende projekter. Gennemgangen i dette kapitel har beskrevet flere projektbidrag, som vi med fordel kan lære af og anvende fremadrettet.

Kompetenceudvikling er vigtigt, og bør indgå som et løbende opmærksomhedspunkt i specifikke indsatser. Samarbejde med fokus på samskabelse tidligt i opstart af projekter og udvikling af indsatser udgør et vigtigt element inden for dobbeltdiagnoseområdet. Det er her vigtigt at sikre denne samskabelse og det løbende samarbejde gennem en struktureret samarbejdsmodel, som træder i kraft før opstart af projektet, og som løbende revurderes. En vigtig del af dette er fokus på samskabelse i forhold til øget forståelse af de forskellige

fagligheder, arbejdsopgaver og kulturer og værdier, der er involveret – både på lederniveau og på medarbejderniveau. Derudover er det afgørende med fokus på, hvordan denne samskabelse og dette samarbejde bedst muligt kan gavne borgernes forløb og resultaterne af indsatserne, de tilbydes.

Udvikling er en dynamisk størrelse, og det er derfor vigtigt at understrege, at de indsatsområder og erfaringer, som er gennemgået i dette kapitel, ikke kan afgrænses til en særlig periode i et projektførløb, men i stedet indgår som vigtige elementer fra planlægning af projekterne, i selve projektperioden og ved en potentiel efterfølgende implementering. Et kontinuerligt fokus sikrer blandt andet, at kompetencer i dobbeltdiagnoseproblematikker ikke forsvinder, hvis ressourcpersonerne forsvinder, men i stedet forankres bredt i personalegruppen; at fokus på samarbejde og samskabelse løbende udvikles og styrkes i forhold til den konkrete praksis og lovgivning inden for området; og at de bedste dele af et projekt implementeres og videreformidles til andre relevante aktører. Nogle, men få, samarbejdsmodeller forankres, når projekterne slutter. En del projekter prioriterer at formidle deres erfaringer og fund, men der er ingen tvivl om, at en struktureret vidensopsamling, som er let tilgængelig for interesserede, vil komme flere til gode og gavne dobbeltdiagnoseområdet betydeligt. Et sådant overblik, der løbende opdateres, vil styrke en mere national udbredelse af vigtige fund i forhold til samarbejdsmodeller, indsatser og metoder, som på sigt kan kvalificere og skabe en bedre sammenhængskraft i den videre udvikling. Med tanke på de mange interesserenter inden for området, ikke mindst mennesker med dobbeltdiagnose, kan der ikke argumenteres imod et tydeligt behov for i langt højere grad at sikre, at opkvalificering af området inddrager og videreudvikler på tidligere projekters erfaringer og fund – tværtimod.

Kapitel 4. Afslutning

Rapportens formål har været at starte en opsamling på de mange forskellige projekter, der har været gennemført på dobbeltdiagnoseområdet i Danmark. Sagt lidt mere provokerende har formålet dermed også været at adressere noget af den historieløshed, som vi mener kendetegner området. Vi har gerne ville tegne en streg i sandet og komme med et mere samlet blik på den del af området, der har været kendetegnet af projekter. Vi håber, at gennemgangen vil vise sig hjælpsom for andre, der er interesseret i dobbeltdiagnoseområdet, og inspirere fremtidige projektmagere – det være sig på politiske niveau eller udførerniveau – til at orientere sig i forhold til, hvad vi allerede har af viden, inden de går i gang med det næste dobbeltdiagnoseprojekt. Det er også vores forhåbning, at der i fremtiden vil blive lavet tilsvarende erfaringsopsamlinger – blandt andet med fokus på projekter i de øvrige regioner.

Gennemgangen i rapporten har fokuseret på de områder, som har fyldt meget i mange af projekterne – kompetenceudvikling, samarbejde, samskabelse og vidensoverførsel. Konklusionen er, at områderne hver især er vigtige men ikke kan stå alene. Afslutningsvis vil vi skifte fokus fra de bagudskuende opsamlinger på allerede gennemførte projekter og samle op på, hvilke områder det er vigtigt at fokusere på fremadrettet. Vi mangler fortsat viden om blandt andet:

- Hvilke ønsker har borgerne/patienterne til indsatserne – til kompetencer, samarbejde og forløb – men også til, hvordan de ønsker at blive mødt af de fagprofessionelle undervejs?
- Hvordan vi imødekommer bedst muligt manglende ressourcer og kompetencer inden for både psykiatri og rusmiddelbehandling i forhold til at identificere og adressere de psykiske lidelser, misbrug, kognitive problemer, somatik med mere?
- Hvad skal der til for at få et mere effektivt samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling og hvilke samarbejdsmodeller er mest effektive og lovende?
- Hvilken betydning har det, om lederne er engagerede og nærværende i projekterne, om projekterne er meget strukturerede, eller om de indeholder en høj grad af autonomi?
- Hvordan udvikler vi bedst muligt mere fleksible og længerevarende indsatser, hvor der inddrages relevante ydelser med forskellig intensitet og fokus i forløbet, og hvor der indgår opfølgning efter afsluttet behandling?
- I hvor høj grad påvirker økonomiske begrænsninger udvikling af relevante tilbud?
- Hvordan ser mennesker med en dobbeltdiagnoses liv uden for behandlingssystemets rammer? Vi ved meget lidt om borgernes liv uden for behandlings- og hjælpesystemerne.
- Hvordan er det at være pårørende, og hvilke behov har de i forhold til hjælp og støtte?
- Hvordan kan vi udvikle sammenhængende, relevante og rettidige tilbud til børn og unge med dobbeltdiagnoser?

Nærværende rapport er i vid udstrækning baseret på evalueringer og erfaringsopsamlinger. Og rapporten har også selv karakter af erfaringsopsamling og er ikke et systematisk

review. Men det er også noget af det, som vi mangler på dette område – at tage skridtet fra erfaringer og erfaringsbaseret viden og over til egentlig systematisk og forskningsbaseret viden om indsatserne på dobbeltdiagnoseområdet, som løbende indhentes, opdateres og formidles.

Bilag 1. Forfatterens rolle i de enkelte projekter

Udvidet tabel 1. Nationale udviklingsprojekter på dobbeltdiagnoseområdet 2004-2019 + forfatterens rolle i de enkelte projekter

Projekter	Roller
<p>Udredningsprojekter/screeningsprojekter (blandt andet Socialstyrelsen, fra 2006-)</p> <ul style="list-style-type: none"> Blandt andet Århus, Fredericia, Esbjerg, Horsens, Ålborg, Slagelse, Frederiksberg... 	
<p>Integreret indsats for sindslidende med misbrug (Socialstyrelsen 2011-2014)</p>	<p>KSJ: Fungerede som konsulent på de samarbejdsunderstøttende aktiviteter, som man etablerede i den del af projektet, der kørte i Ballerup, Egedal og PC Ballerup, og som er beskrevet i rapporten om 'kultursporet'</p>
<p>Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne (Sundhedsstyrelsen 2012-2015)</p>	<p>KSJ: Projektleder på den del af projektet, der kørte i Region Hovedstadens Psykiatri, fra 2014 og frem</p> <p>BT: Bi-vejleder på det ph.d.-projekt i Region Hovedstadens Psykiatri, der undersøgte indsatsen</p>
<p>Koordinerende indsatsplaner (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2014-)</p>	<p>KSJ: Var overordnet projektleder på et implementeringsprojekt i RH</p>
<p>ACT-teams (Socialstyrelsen 2015-2017)</p>	<p>KSJ: Reviewet evalueringsrapporten</p>
<p>Nationale Kliniske Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2014-)</p> <ul style="list-style-type: none"> NKR for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning NKR for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse 	

Projekter	Roller
Generisk forløbsprogram – Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug (Socialstyrelsen 2015, Region Sjælland 2016-2017)	KSJ: Sad med i en referencegruppe for projektet
Analysen af sammenhængende velfærdsforløb (Digitaliseringsstyrelsen 2017-2018)	KSJ: Deltog i referencegruppe + arbejdsgruppe
Fælles undervisning (Sundhedsstyrelsen 2017-2018)	KSJ: Overordnet projektleder for projektet i RH
De særlige pladser i psykiatrien (Sundhedsstyrelsen 2017-)	BT: Underviste personale inden opstart
Botilbudsteam (Sundhedsstyrelsen 2017-2020)	
Kortlægning af indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug på botilbud og boformer for hjemløse (Socialstyrelsen 2019)	KSJ: Deltog som underleverandør BT: Deltog som ekspert på dobbeltdiagnoseområdet

Udvidet tabel 2. Initiativer i regeringens seneste psykiatriudspil, september 2018 + forfatterens rolle i de enkelte projekter

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

Udvidet tabel 3. Lokale udviklingsprojekter i Region Hovedstaden 2004-2019 + forfatterens rolle i de enkelte projekter

Projekter	Roller
Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb (2010-2013)	
Klinik for misbrug og ikke-psykotiske sindslidelser (2013-2014)	KSJ: Ekstern evaluator af projektet
KKR-projekt om Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose (2015-2016)	KSJ: Holdt oplæg på konferencen
Tværasektorielt team for misbrug (2014-2017)	KSJ: Med i den arbejdsgruppe, der beskrev teamet og sparrede med medarbejderne nogle gange undervejs i arbejdet
Udgående rusmiddelbehandling i København, URUS (2017-)	KSJ: Har fungeret som sparringspartner i forbindelse med udviklingen af tilbuddet. Har undervist teamet et par gange BT: Fungeret som sparringspartner ved opstart
Tværasektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser (2016-)	KSJ: Deltaget i arbejdsgruppe i forbindelse med udviklingen af indsatsen. Undervist medarbejderne. Siden efteråret 2020 medlem af styregruppen BT: Har undervist medarbejderne. Har deltaget i ansøgning, design, dataindsamling og udarbejdelsen af evalueringsrapporten
Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Modelprojekt for implementering af tværasektorielle tiltag vedr. borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug (2017-2018)	KSJ: Deltaget i møder med projektleder. Planlagt undervisning i projektet, hvoraf hovedparten ikke blev gennemført

Bilag 2 Oversigt over projekter, publikationer og primære fund

I dette bilag præsenterer vi de inkluderede projekter med deres primære publikationer og de primære fund. Rækkefølgen af projekterne følger rækkefølgen i tabel 1-3.

Projekt: Udredningsprojekter/screeningsprojekter (blandt andet Socialstyrelsen, fra 2006-)

Blandt andet Århus, Fredericia, Horsens, Gladsaxe, Slagelse, Esbjerg, Aalborg, Frederiksberg...

Publikationer:

Fra Århus:

- Frederiksen, K. S. (2009). 'Projekt Bedre Udredning' hjælper sindslidende misbrugere på rette kurs. STOF. Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet (14), 60-63

Fra Horsens, Gladsaxe, Slagelse, Esbjerg og Aalborg:

- Rambøl. (2015). Screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug. Slutevaluering. Odense: Socialstyrelsen

Primære fund:

Fælles for projekterne er en model, hvor man først har brugt Addiction Severity Index til screening, derefter har man evt. brugt nogle diagnosespecifikke screeningsværktøjer og endelig udredning ved psykolog og psykiater.

Om projektet i Århus: Ca. 40 % af brugerne indskrevet i stofmisbrugsbehandling havde også en psykisk lidelse. Misbrugerne oplever i højere grad at få hjælp til at reducere deres misbrug og personalet oplever stor gavn af den kvalificerede organisering

Om projekterne i Horsens, Gladsaxe, Slagelse, Esbjerg, Aalborg: Screening og udredning har haft en positiv effekt på mestring af psykiske vanskeligheder hos deltagerne, men ikke nogen målbar effekt på misbruget. Medarbejderne oplevede tydeligere arbejdsgange og en mere sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret indsats i rusmiddelbehandlingen. Virksomme elementer er bl.a.: Systematisk inddragelse af psykologfaglig viden, anvendelse af systematiske screeningsværktøjer og tidlig fokus på borgere med psykiske vanskeligheder. Samarbejd med psykiatrien bød fortsat på udfordringer og blev ikke formaliseret i tilstrækkelig grad.

Projekt: Integreret indsats for sindslidende med misbrug (Socialstyrelsen 2011-2014)

Publikationer:

- Deloitte.Social. (2015). Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Evalueringsrapport. Odense: Socialstyrelsen
- Johansen, K. S., & Børsting-Andersen, S. (2015). Kultursporet i Projekt Integreret Indsats. København: KORA

Primære fund:

Der blev udviklet en samarbejdsmodel mellem socialpsykiatri, behandlingspsykiatri og rusmiddelbehandling, som de professionelle aktører evaluerede som velfungerende. Der kunne ikke dokumenteres nogen afgørende effekt på brugerne/patienterne.

Projektlederne i Ballerup, Egedal og PC Ballerup rapporterede et fortsat behov for at understøtte samarbejde. Dette behov blev søgt efterkommet med 'kultursporet', der netop arbejdede med de kulturelle forskelle mellem de forskellige aktører.

Samarbejdsmodellen blev ikke videreført i RH efter projektets afslutning.

Projekt: Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne (Sundhedsstyrelsen 2012-2015)

Publikationer:

Fra Region Hovedstaden:

- Jeppesen, P. P. (2018). Behandling af dobbeltdiagnose i psykiatrien: En undersøgelse af Satspuljeprojektet. København: Institut for Psykologi, Københavns Universitet
- Als Research & Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser. (2017). Slutrapport: Projekt 65301, delprojekt 1: Styrket Indsats for Dobeltdiagnosticerede Voksne. Roskilde: Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser

Fra Region Sjælland:

- Det materiale, som de udviklede i projektet (og i projektet om forløbsprogram, der fulgte efter) kan findes på denne hjemmeside: https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/forloepsprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug/Sider/default.aspx

Primære fund:

Fra Region Hovedstaden: På nogle centre fungerede gruppen af ressourcepersoner godt og fik for eksempel indført at alt nyt personale fik en introduktion til dobbeltdiagnose, eller at der blev lavet tilføjelser i pleje- og behandlingsplaner i forhold til misbrug. Andre steder gik gruppen ikke rigtig gennemført noget.

Da projektet stoppede, forsvandt funktionen som ressourceperson.

Projekt: Koordinerende indsatsplaner (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2014-)

Publikationer:

Fra Region Hovedstaden:

- Buch, M. S., & Petersen, A. (2017). Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. København: KORA

Primære fund:

Fra Region Hovedstaden: Frontlinjepersonalet oplevede det som en krævende opgave at initiere en koordinerende indsatsplan. Det blev ofte vurderet, at der ikke var nogen grund til det. Funktionen med en overordnet tovholder, som man kunne spare med om opgaven kom aldrig til at fungere.

Region Hovedstadens Psykiatri har senere besluttet, at netværksmøder erstatter koordinerende indsatsplansmøder.

Projekt: ACT-teams (Socialstyrelsen 2015-2017)

Publikationer:

- Amilon, A., Birkelund, J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., & Møller, M. S. (2017). Evaluering af "Afpøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". København: VIVE

Primære fund:

For få borgere kom igennem ordningen til at man kunne sige noget afgørende om effekt. Organiseringen oplevedes som meningsfuld. Det var en udfordring at få rekrutteret psykiatere til teamsene. Organiseringen var dyr – man har udviklet en mindre omfattende model, som nu implementeres nogle steder på det sociale område, blandt andet i København.

Projekt: Nationale Kliniske Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2014-)

NKR for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangefuld behandlingstilknytning

NKR for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse

Publikationer:

- Sundhedsstyrelsen. (2016). National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Samtidig Alkoholafhængighed og Psykisk Lidelse. København: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2015). National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning. København: Sundhedsstyrelsen

Projekt: Generisk forløbsprogram – Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug (Socialstyrelsen 2015, Region Sjælland 2016-2017)

Projektet byggede videre på Region Sjællands del af projekt 'Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede voksne'.

Publikationer:

- https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/forloepsprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug/Sider/default.aspx

Primære fund:

Der blev udviklet et virtuelt forløbsprogram (se link i spalte om publikationer), hvor fokus er på samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling og på brugen af koordinerende indsatsplaner.

Projekt: Analyser af sammenhængende velfærdsforløb (Digitaliseringsstyrelsen 2017-2018)

Publikationer:

Der blev lavet en afrapportering af de to konsulenthuse, der var inde over opgaven for digitaliseringsstyrelsen, men afrapporteringen er aldrig blevet offentliggjort:

- Rambøll, & Implement. (2017). Sammenfattende rapport. Analyse af sammenhæng i forløb for borgere med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug. København: Upubliceret undersøgelse for Digitaliseringsstyrelsen

Primære fund:

Analysernes forslag blev aldrig igangsat, da der kom en udmelding fra Sundhedsministeren om, at man vil kigge på organiseringen af området.

Projekt: Fælles undervisning (Sundhedsstyrelsen 2017-2018)

Publikationer:

Fra Region Hovedstaden:

- Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser. (2019a). Afslutningsrapport. Fælles undervisning om psykiatri og misbrug i Region Hovedstaden: Upubliceret evaluering
- Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser. (2019b). Koncept for Fælles Undervisning – arbejdsnotat om erfaringer fra et tværsektorielt undervisningsprojekt om dobbeltdiagnose. Roskilde: Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser

Primære fund:

Fra Region Hovedstaden: Det var svært at få personale i psykiatri og socialpsykiatri til at deltage. Det var svært at få en bred skare af deltagere til de forskellige kurser. Ofte var det kun nogle få institutioner, hvorfra der kom mange deltagere.

Projekt: De særlige pladser i psykiatrien (Sundhedsstyrelsen 2017-)

Publikationer:

Buch, M. S., Højgaard, B. & Martin, H. M. (2021) Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien. København: VIVE

Primære fund:

Evalueringen peger på, at der har været en lav belægningsprocent og en dårlig kapacitetsudnyttelse af pladserne. Samtidig har forløbene været væsentligt længere end de forventede 6-9 måneder, bl.a. pga. stof kompleksitet hos de indlagte patienter. Der er derfor behov for justering af rammevilkårene for pladserne.

De interviewede personalemedlemmer, patienter og pårørende vurderer, at de særlige pladser er et relevant og virksomt tilbud med fokus på en helhedsorienteret tilgang.

Projekt: Botilbudsteam (Sundhedsstyrelsen 2017-2020)

Projekt: Kortlægning af indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug på botilbud og boformer for hjemløse (Socialstyrelsen 2019)

Publikationer:

- Anker, J., Brasch, B. B., Petersen, A., & Andersson, S. G. (2019). Indsatsen til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug. Screening af indsatser på botilbud og på boformer for hjemløse. København: Socialt Udviklingscenter, SUS

Primære fund:

Kortlægningen danner udgangspunkt for en indsats i regi af socialstyrelsen, hvor der skal udvikles indsatser målrettet beboere med en dobbeltdiagnose.

Initiativ nr. 36. Kompetencecentre for behandling af dobbeltbelastning

Publikationer:

- Regeringen. (2018). Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. København: Regeringen

Primære fund:

Ringgårdens funktion som Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, der blev etableret i 2011, blev videreført. <https://www.ringgaaarden.dk/kompetencecenter>

Initiativ nr. 37. Udvikle og afprøve værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykiske lidelse og samtidigt misbrug

Publikationer:

- Regeringen. (2018). Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. København: Regeringen

Primære fund:

Blev ikke gennemført, fordi de allerede eksisterer.

Initiativ nr. 38. Færre rusmidler og farlige genstande på psykiatriske afdelinger

Publikationer:

- Regeringen. (2018). Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. København: Regeringen

Primære fund:

De konkrete tiltag, der nævnes i initiativet, er implementeret i den seneste revision af psykiatriloven.

Projekt: Socialsygepleje – det gode patientforløb (2010-2013)

Publikationer:

Ludvigsen, K. B., & Brúnés, N. (2013). Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. Glostrup: KABS VIDEN

Primære fund:

Socialrådgiverne på de psykiatriske afdelinger så socialsygeplejerskerne som konkurrenter og plejepersonalet oplevede, at socialsygeplejerskerne 'stjal' deres alliance med patienterne. Yderligere blev deres kompetencer i misbrugsbehandling ikke anerkendt af psykiaterne.

Projekt: Klinik for misbrug og ikke-psykotiske sindslidelser (2013-2014)

Publikationer:

- Buch, M. S., Thygesen, P., & Johansen, K. S. (2015). Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug. Kvalitativ evaluering af det tværsektorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup. København: KORA

Primære fund:

Projektet formåede dog kun i meget begrænset omfang at inkorporere perspektiverne fra misbrugsbehandlingen i behandlingstilbuddet, og flere metoder herfra blev afvist som ikke-evidensbaserede. I interview, der blev lavet med det personale, der i praksis skulle samarbejde, beskrev personalet fra psykiatrien, at de havde svært ved at se, hvad de skulle bruge perspektiverne fra misbrugsbehandlingen til, og personalet fra misbrugsbehandlingen beskrev, at de ikke kunne se noget formål ved at deltage i behandlingen.

Projekt: KKR-projekt om Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose (2015-2016)

Publikationer:

Formålet med dette projekt var at lave en temadag, der blev afholdt i 2016. Program og materialer kan ses her: <https://www.rammeaftale-h.dk/news/konference-om-tilbud-til-borgere-med-dobeltdiagnoser/> Der blev efterfølgende lavet et inspirationskatalog:

- KKR. (2016). Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose. Inspirationskatalog. KKR Hovedstaden

Projekt: Tværsektorielt team for misbrug (2014-2017)

Publikationer:

- Kølbaek, C. Ø., Andersson, A., & Korsgaard, L. (2016). Evaluering af tværsektorielle teams. Region Hovedstadens Psykiatri. Københavns Kommune. Frederiksberg: Enheden for evaluering og brugerinddragelse

Primære fund:

Medarbejderne i teamet vurderer, at det er lykkedes at etablere en god samarbejdsmodel og nå nogle borgere, som man ellers ikke kunne få i behandling. Det har været en række tekniske/praktiske udfordringer i forhold til at få systemerne – tekniske og ledelsesmæssige – til at arbejde godt sammen.

Projekt: Udgående rusmiddelbehandling i København, URUS (2017-)

Primære fund:

Har flyttet rusmiddelbehandlingen ud til nogle beboere på socialpsykiatriske botilbud, som man ellers ikke har haft i rusmiddelbehandling. Koordinere med psykiatriens udgående behandling. En del kompetenceudvikling af medarbejderne på botilbuddene.

Projekt: Tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser (2016-)

Publikationer:

- Møller, S. B., Simonsen, S., Hesse, M., Thylstrup, B., Kistrup, M., & Damm, L. B. (2020). Samarbejde på tværs – en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Gentofte: Psykoterapeutisk Center Stolpegård

Primære fund:

Der er blevet udviklet en samarbejdsmodel, som medarbejdere i psykiatri og rusmiddelbehandling oplever som positiv. Foreløbige – ikke publicerede – data peger på, at patienterne oplever en forbedring af deres psykiske tilstand.

Projekt: Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Modelprojekt for implementering af tværsektorielle tiltag vedr. borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug (2017-2018)

Publikationer:

Det materiale, der blev udviklet i projektet, kan findes her:

- <https://www.psykiatri-regionh.dk/netv%C3%A6rksm%C3%B8der>

Primære fund:

På grund af en række andre prioriteringer i RHP blev en del aktiviteter i projektet ikke gennemført.

Referencer

Albæk J, Hvenegaard A, Aagaard J, Hastrup LH, Kistrup K. (2004). Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge – organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Als Research & Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser. (2017). Slutrapport: Projekt 65301, delprojekt 1: Styrket indsats for Dobbeldiagnosticerede Voksne. Roskilde: Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser.

Amilon, A., Birkelund, J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., & Møller, M. S. (2017). Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". København: VIVE.

Anker, J., Brasch, B. B., Petersen, A., & Andersson, S. G. (2019). Indsatsen til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug. Screening af indsatser på botilbud og på boformer for hjemløse. København: Socialt Udviklingscenter, SUS.

Buch, M. S., Højgaard, B. & Martin, H. M. (2021) Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien. København: VIVE.

Buch, M. S., & Petersen, A. (2017). Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. København: KORA.

Buch, M. S., Thygesen, P., & Johansen, K. S. (2015). Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug. Kvalitativ evaluering af det tværsektorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup. København: KORA.

Buckley R & Caple J. (2007). The Theory and Practice of Training. 6th edition. London and Philadelphia: Kogan Page.

Deloitte.Social. (2015). Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Evalueringsrapport. Odense: Socialstyrelsen.

Fantuzzi C & Mezzina R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. International Journal of Social Psychiatry, 66(3): 300–310.

Frederiksen KS. (2009). 'Projekt Bedre Udredning' hjælper sindslidende misbrugere på rette kurs. STOF. Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet (14), 60-63.

Jeppesen, P. P. (2018). Behandling af dobbeldiagnose i psykiatrien: En undersøgelse af Satspuljeprojektet. København: Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Johansen KS. (2009). Dobbelt diagnose – Dobbelt behandling. Glostrup: KABS VIDEN.

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

Johansen, K. S., & Børsting-Andersen, S. (2015). Kultursporet i Projekt Integreret Indsats. København: KORA.

KKR. (2016). Indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose. Inspirationskatalog. KKR Hovedstaden.

Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser. (2019a). Afslutningsrapport. Fælles undervisning om psykiatri og misbrug i Region Hovedstaden: Upubliceret evaluering.

Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser. (2019b). Koncept for Fælles Undervisning – arbejdsnotat om erfaringer fra et tværsektorielt undervisningsprojekt om dobbeltdiagnose. Roskilde: Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser.

Kølbæk, C. Ø., Andersson, A., & Korsgaard, L. (2016). Evaluering af tværsektorielle teams. Region Hovedstadens Psykiatri. Københavns Kommune. Frederiksberg: Enheden for evaluering og brugerinddragelse.

Ludvigsen, K. B., & Brúnés, N. (2013). Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. Glostrup: KABS VIDEN.

Møller, S. B., Simonsen, S., Hesse, M., Thylstrup, B., Kistrup, M., & Damm, L. B. (2020). Samarbejde på tværs – en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Gentofte: Psykoterapeutisk Center Stolpegård.

Rambøl. (2015). Screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug. Slutevaluering. Odense: Socialstyrelsen.

Rambøl, & Implement. (2017). Sammenfattende rapport. Analyse af sammenhæng i forløb for borgere med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug. København: Upubliceret undersøgelse for Digitaliseringsstyrelsen.

Regeringen. (2018). Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. København: Regeringen.

Sundhedsstyrelsen. (2016). National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Samtidig Alkoholafhængighed og Psykisk Lidelse. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2015). National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning. København: Sundhedsstyrelsen.

Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1):129-140.

Torrens, M, Mestre-Pintó, J-I, Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Thylstrup B & Hesse M. (2019). At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder. I: *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*. (Samfund og Rusmidler; Nr. 6). Bjerger, B. & Houborg, E. (red.). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag: 183-205.

Thylstrup B & Hesse M. (2020). Rusmiddelproblematik i lægens praksis. I: *Psykologi i medicinsk praksis*. Damholdt, M. F. & Mehlsen, M. Y. (red.). Roskilde: FADL's Forlag: 154-168.



Psykiatri

**Region Hovedstadens
Psykiatri**

Boserupvej 2
4000 Roskilde

Telefon: 38642492
Mail: