

# Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose

En inspirationsguide til forbedring af samarbejdet baseret på erfaringerne fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats



Katrine Schepelern Johansen  
Sille Børsting-Andersen

Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning

# Forord

Nærværende inspirationsguide er en præsentation af de erfaringer med tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med en dobbeltdiagnose, som er gjort i Kultursporet i Projekt Integreret Indsats.

Projekt Integreret indsats er et metodeudviklingsprojekt under Socialstyrelsen, som er gennemført i samarbejde mellem Psykiatrisk Center Ballerup, Ballerup Kommune og Egedal Kommune i perioden 2011-2014.

Kultursporet er den del af projektet, hvor der er arbejdet målrettet med indsamling af viden og erfaringer om kulturelle barrierer i det tværsektorielle samarbejde. KORA har indgået i et samarbejde med Projekt Integreret Indsats om Kultursporet og erfaringsopsamlingerne fra Kultursporet.

I denne pjeces beskrives erfaringerne fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats, og der formuleres en række refleksionsspørgsmål til inspiration for andre, der ønsker at forbedre samarbejdet omkring mennesker med en dobbeltdiagnose. Derfor har vi kaldt nærværende tekst en inspirationsguide. Inspirationen kan bruges,

hvis man står og skal i gang med et konkret projekt omkring mennesker med en dobbeltdiagnose. Men inspirationen er også relevant som et bud på, hvordan man i region og kommune kan understøtte det tværsektorielle samarbejde.

Inspirationsguiden er skrevet i et samarbejde mellem KORAs medarbejder Katrine Schepelern Johansen og projektleder fra Projekt Integreret Indsats Sille Børsting-Andersen, Egedal Kommune. De generelle, analytiske afsnit er primært Katrines ansvar, og beskrivelsen af projektet og afrapporteringen af de konkrete erfaringer fra projektet er skrevet af Sille. Refleksionsspørgsmålene er formuleret i fællesskab.

Derudover har de to øvrige projektledere ved Projekt Integreret Indsats, Benedicte Bang Michelsen, Ballerup Kommune, og Vibeke Kallede Søe, Psykiatrisk Center Ballerup, bidraget med kommentarer undervejs i processen.

KORA  
December 2014

## Indhold

Introduktion til Kultursporet i Projekt Integreret Indsats **3**

Kulturelle forskelle mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen **5**

Fælles værdier i Projekt Integreret Indsats **13**

Anbefalinger **15**

# Introduktion til Kultursporet i Projekt Integreret Indsats

I Danmark har der igennem de sidste 10 år været et øget fokus på behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug, også kaldet mennesker med en dobbeltdiagnose. Denne opmærksomhed har ført til et ønske om at udvikle indsatsen for denne særlige gruppe borgere.

Tilbuddet til borgere med dobbeltdiagnoser er opbygget, således at den psykiske lidelse behandles i regionen, mens behandlingen for misbruget og den socialpsykiatriske støtte ligger i den kommunale sektor. Denne sektoropdeling skaber udfordringer i samarbejdet, hvilket kan få vidtrækkende konsekvenser for borgere, der er særligt udsatte og ofte ikke har ressourcerne til selv at søge den rette hjælp.

Psykiatrisk Center Ballerup, Ballerup Kommune, og Egedal Kommune har indgået projektet 'Integreret Indsats' i perioden 2011-2014. Projektet er igangsat af Socialstyrelsen og er et metodeudviklingsprojekt, der retter sig mod borgere med svær sindslidelse og misbrug samt komplekse problemstillinger, hvis løsning kræver en samtidig indsats fra region og kommune.

Projektet har haft to overordnede formål:

- At sikre og videreudvikle indsatsen over for borgere med sindslidelse og misbrug ved at udvikle metoder til at integrere indsatsen på tværs af regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri
- At borgere oplever indsatsen som sammenhængende, og at indsatsen minimerer konsekvenserne af sindslidelsen og misbruget.

Den praktiske udmøntning af projektet blev etableringen af to tværsektorielle teams, hvor medarbejdere fra behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling hver 14. dag mødtes omkring sparring og koordinering af indsatsen for borgere med en dobbeltdiagnose. Medarbejderne fra teamene har også mødtes med den enkelte borger med henblik på udredning af dennes problemstillinger og planlægning af en integreret indsats. På den måde blev borgerens behov for en helhedsorienteret og sammenhængende indsats tilgodeset, samtidig med at der skete en koordinering af de involverede parter ressourcer.

Udover at tilbyde borgerne en sammenhængende indsats har det også været et formål med projektet at arbejde målrettet med indsamling af viden og erfaringer om kulturelle barrierer i det tværsektorielle samarbejde. Denne del af projektet fik betegnelsen Kultursporet.

Det overordnede formål med Kultursporet var at sikre en forankring af samarbejdsmodellen efter projektets afslutning. Tilgangen i Kultursporet var, at teammedarbejderne i afprøvningsfasen blev mere bevidste om egne organisationskulturer og praksisser. På denne baggrund arbejdede teamet med barrierer og forskellige (kulturelle) logikker og opbyggede en fælles kultur og praksis i teamet.

Arbejdet i kultursporet bestod i:

- 1) Tilegnelse af ny viden via udveksling i teamet, besøgsordning og oplægsholdere
- 2) Oplæg og procesøvelser omkring kultur og praksis
- 3) Opbygning af en fælles kultur i teamet, herunder fælles tilgange til behandlingen af mennesker med både sindslidelser og misbrug.

## **Kultur**

Når man skal arbejde med kultur og kulturelle forskelle, er det vigtigt at være opmærksom på, hvordan kultur forstås. Den kulturforståelse, som Kultursporet er baseret på, er en dynamisk kulturforståelse. Det betyder, at kultur ikke opfattes som noget stabilt og uforanderligt, men som noget, der kan ændre sig over tid på baggrund af fx forskellige input, nye måder at gøre tingene på, ændringer i formelle regler og love, bevidste beslutninger om at gøre eller tænke noget anderledes, formel viden, nye erfaringer m.m. Når forskellene mellem psykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling defineres som funderet i kultur, betyder det dermed også, at det er forskelle, som man kan gøre noget ved. Denne forståelse af kultur betyder også, at kultur og kulturelle forskelle er noget, som man løbende skal være opmærksom på og tale om, og at arbejdet med kultur i høj grad handler om at kigge på sig selv og blive opmærksom på egne kulturelle normer, værdier og tilgang.

### **Introduktion til inspirationsguiden**

Denne inspirationsguide videregiver projektets erfaringer med at have et Kulturspor. At tværsektorielt samarbejde kan være udfordrende er kendt af mange, og når det gælder mennesker med særligt komplekse problematikker, sættes der ekstra pres på systemerne. Til jer, der står over for at skulle tage fat på et tværsektorielt samarbejde, vil vi gerne bruge vores erfaringer til at inspirere andre med samme type af opgave.

Vi håber med inspirationsguiden:

- At hæve erfaringerne fra det personbårne og gøre dem generaliserbare og anvendelige for andre
- At synliggøre betydningen af et Kulturspor i det tværsektorielle samarbejde og give anbefalinger til, hvordan man kan arbejde med at skabe et fælles grundlag for sektorsamarbejdet
- At videregive vores erfaringer fra sektorsamarbejdet i et felt, hvor det til tider er rigtig vanskeligt, men ikke desto mindre er vigtigt.

### **Grundlaget for Inspirationsguiden**

Inspirationsguiden baserer sig på dokumentation af diskussionerne i Kultursporsmøderne, som inspirationsguidens to forfattere har faciliteret, kortere feltarbejder og forfatterens kendskab til behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling mere generelt.

### **Inspirationsguidens opbygning**

Inspirationsguiden vil først karakterisere kulturen hos de forskellige aktører i Projekt Integreret Indsats. Herefter følger en beskrivelse af de fælles værdier, der er blevet defineret i projektet. Afslutningsvis præsenteres de anbefalinger, som Kultursporet har givet anledning til at formulere. Undervejs i teksten er indsat nogle 'Indblik', der helt konkret beskriver eksempler på arbejdet i Kultursporet. I slutningen af hver del præsenteres nogle spørgsmål til refleksion, som kan være en inspiration til andre, der står og skal i gang med det spændende arbejde, som det er at hjælpe mennesker med en dobbeltdiagnose med at leve et bedre liv.

#### **Spørgsmål til refleksion:**

- *Hvem samarbejder vi med, når vi møder et menneske med en dobbeltdiagnose?*
- *Hvem har vi formelle samarbejdsaftaler med?*
- *Ved jeg, hvor jeg skal henvende mig, hvis jeg har brug for at etablere et samarbejde med:*
  - *Behandlingspsykiatrien?*
  - *Socialpsykiatrien?*
  - *Misbrugsbehandlingen?*

# Kulturelle forskelle mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen

Dette kapitel giver et analytisk bud på centrale elementer i de tre kulturer, som har skullet samarbejde i Projekt Integreret Indsats. Kapitlet er struktureret i forhold nogle centrale nedslagspunkter:

- Faglige hierarkier
- Er sygdom det vigtigste?
- Selvbestemmelse vs. omsorgspligt

Når man laver en sådan beskrivelse, vil der være tale om en vis grad af generaliseringer, og det er ikke muligt at få alle nuancer og detaljer med. Beskrivelserne fokuserer typisk på de steder, hvor der er forskelle mellem de forskellige institutioner. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, at udgangspunktet for hele indsatsen fra start har været fælles, nemlig ønsket om at hjælpe nogle mennesker, der har det meget svært.

I slutningen af hvert afsnit er der et eksempel på, hvordan Projekt Integreret Indsats har arbejdet med problemstillingen.

## Faglige hierarkier

I samarbejdet mellem forskellige institutioner, der er forankret i henholdsvis et medicinsk og et socialfagligt paradigme, kan man finde en oplevelse af manglende forståelse for hinandens fagligheder. En del af dette skyldes, at de forskellige paradigmer har forholdsvis forskellige syn på, hvad der opfattes som legitim viden, og hvordan viden skabes og dokumenteres.

## Lægevidenskabelig tradition

Behandlingspsykiatrien er som et lægevidenskabeligt speciale funderet i den lægevidenskabelige tradition, hvor der gerne skal være evidens for de indsatser, som man praktiserer, og hvor man i vid udstrækning følger centralt formulerede kliniske retningslinjer for den behandling, man tilbyder. Det evidensbaserede grundlag anses for en betingelse for, at der kan tales om egentlig viden og dermed også god behandling.

I psykiatrien har man også nogle meget tydelige hierarkier mellem de forskellige faggrupper, hvor det ultimativt er den psykiatriske overlæge, der træffer de vigtigste afgørelser om behandling, og hvor de øvrige personalegrupper i vid udstrækning anerkender denne autoritet.

## Socialfaglig tradition

Både misbrugsbehandling og socialpsykiatri udspringer fra en socialfaglig tradition fremfor en lægevidenskabelig tradition. Her er der ikke samme tradition for, at viden udspringer af randomiserede, kontrollerede undersøgelser, og der er sjældent samme tradition for, at behandling og andre tiltag er evidensbaserede. Dette skyldes ikke en modstand mod at bruge evidensbaserede tiltag, men snarere at denne form for dokumentation for sociale tiltag kun findes i meget begrænset omfang. For misbrugsbehandling og socialpsykiatri gælder, at der langsomt er begyndt at komme evidens for forskellige typer af tiltag – blandt andet for substitutionsbehandling og kognitiv adfærdsterapi.

## Hvem kender borgerne bedst?

Samtidig opleves den psykiatriske behandling af de ansatte i socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen som en sparsom ressource, som det er vanskeligt at få adgang til. Og de oplever, at når de argumenterer for et behov for behandling til deres borgere, beboere eller brugere, at så anerkendes dette ikke altid af det psykiatriske personale. Det psykiatriske personale forbeholder sig ret til at foretage deres egen vurdering af borgerens brug for hjælp, og resultatet af denne vurdering opleves af både socialpsykiatri og misbrugsbehandling som afgrænset og baseret snævert på symptomer og diagnoser og ikke på en bredere forståelse af borgerens situation.

Dette kan være særligt vanskeligt for socialpsykiatrien at anerkende. De beskriver selv, at de jo netop arbejder med borgerne ude i det virkelige liv – fremfor i de institutionelle rammer, som findes i behandlingspsykiatrien – og dermed at det også er dem, der kender borgerne bedst. Deres vurdering af borgerne burde derfor indtages, når der skal træffes beslutninger om, hvordan borgerne skal behandles.

Nogle af de borgere, som er tilknyttet socialpsykiatrien, har meget alvorlige psykiatriske lidelser. Det betyder, at de ind imellem har behov for at blive indlagt i behandlingspsykiatrien. I disse situationer oplever personalet i socialpsykiatrien, at det nogle gange kan være svært at få borgerne indlagt, og hvis indlæggelsen lykkes, så bliver borgerne ofte udskrevet, før personalet i socialpsykiatrien synes, at borgerne er færdigbehandlet. Det

socialpsykiatriske personale oplever dette som en underkendelse af deres faglighed, og det er med til at skabe en oplevelse af, at der er et hierarki mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Personalet i misbrugsbehandlingen kan have en parallel oplevelse, hvor de oplever, at de ser nogle meget psykisk syge borgere, som personalet i behandlingspsykiatrien ikke vurderer, har behov for indlæggelse.

Omvendt kan personalet i behandlingspsykiatrien opleve, at der bliver lagt et stort og ikke særligt fagligt velbegrundet pres på dem for at tage borgere ind i behandling i situationer, hvor de ikke selv vurderer, at der er behov for indlæggelse. De oplever dermed, at deres faglige vurdering søges underkendt af andre faggruppers oplevelser med borgerne. Endvidere får borgere ikke altid den nødvendige hjælp i kommunen set fra behandlingspsykiatriens synspunkt, så her kan det opleves, som om deres faglige vurdering ikke vægter højt.

### **Projekt Integreret Indsats**

Noget af det, som man har arbejdet eksplicit med i Projekt Integreret Indsats og i Kultursporet, er netop at have forståelse for og dermed også respekt for hinandens faglighed og hinandens faglige vurdering af borgerne. Dette er blandt andet gjort ved, at man i Kultursporet er blevet undervist i hinandens tilgange og har været på besøg hos hinanden. Teammøderne i projektet har også haft en opmærksomhed omkring at respektere hinanden og have en særlig opmærksomhed på det, man ikke selv kan, men som de andre kan. Endelig hjælpes samarbejdet også på vej af, at man i det praktiske møde sjældent diskuterer det vidensteoretiske grundlag for de forskellige indsatser, men snarere hvordan man kan hjælpe de enkelte mennesker.

#### **Indblik: Ligheder der også er forskelle**

På et møde omkring kultur blev hver enkelt enhed bedt om at beskrive deres egen kultur. Udmeldingerne lød blandt andet:

- Socialpsykiatrien: Vi kender borgeren bedst.
- Behandlingspsykiatrien: Vi kender patienten bedst.
- Myndighedsrådgiverne: Vi har den fulde forståelse af borgerens situation.
- Misbrugsbehandlingen: Vi ser brugeren som et helt menneske.

Hver enkelt enhed har altså en forståelse af, at de kender borgeren bedst. Denne lighed i enhedernes selvforståelse har vi arbejdet videre med på to forskellige måder.

For det første har der været det bevidst reflekterende arbejde i Kultursporet, hvor vi ved at få viden fra hinandens fagområder har fået en forståelse for, hvad det konkret er, som de andre kan. Det har fx været viden om stoffer og behandling af misbrug, metoder i socialpsykiatrien eller forståelsen af diagnoser og behandlingsformer i psykiatrien. Endvidere har der været indførelsen i de lovgivnings- og styringsmæssige rammer, som de enkelte enheder er underlagt. For eksempel ydelsesregistreringer og accelererede patientforløb i psykiatrien, Servicelovens rammer for indsatser i socialpsykiatrien samt udlicitering af kerneopgaver i den kommunale misbrugsbehandling.

For det andet har der været det daglige samarbejde i projektet. Efterhånden som medarbejderne har lært hinanden at kende og samarbejder, har de fundet ud af, at der faktisk er mange steder, hvor de er ret lig hinanden, fx hvad angår vores mål for arbejdet. Der er ikke den store forskel, men der er forskellige vilkår, muligheder og fagligheder.

### **Er sygdom det vigtigste?**

Dette afsnit beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvad der opfattes som det centrale ved borgeren og vedkommendes liv og problemer. Hvor behandlingspsykiatrien har en tendens til at fokusere primært på den psykiske sygdom, har misbrugsbehandlingen en tendens til at fokusere på misbruget, ofte dog ikke adskilt fra andre af borgerens problemer, som man kan se det i behandlingspsykiatrien. Socialpsykiatrien definerer til gengæld sig selv som at have fokus på det hele menneske. Der er en række grunde til, at der er denne forskel på tilgangen hos de tre institutioner – det handler blandt andet om de lovgivningsmæssige rammer, om forskellige syn på mennesket og behandling, og om de forskellige faglige hierarkier og videnstraditioner, som vi var inde på i det foregående afsnit.

### **Lovgivningsmæssige rammer**

Den lovgivning, der sætter de formelle rammer for behandlingen i psykiatrien, er dels Sundhedsloven, dels Psykiatriloven. Sundhedsloven beskriver blandt andet, hvem der har ansvaret for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme, og hvad behandling indebærer. Psykiatriloven beskriver blandt andet mulighederne for at bruge tvang i behandlingen, og på hvilke vilkår det kan foregå. Disse lovgivningsmæssige rammer betyder, at dele af psykiatriens praksis er forholdsvis tæt beskrevet i lovgivningen, hvilket sætter klare regler for, hvordan der skal handles i konkrete situationer.

Socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen er reguleret af Lov om social service eller Serviceloven, der blandt andet sætter rammer for kommunernes rådgivningsforpligtigelser og overordnet set har til formål at hjælpe mennesker med forskellige slags funktionsnedsættelser til at leve et mere fuldt liv. Der er ikke samme mulighed for tvang, som Psykiatriloven giver mulighed for, og der er et bredere perspektiv end Sundhedslovens fokus på sygdom og forebyggelse.

### **Patient, borger eller bruger?**

De mennesker, som man arbejder med i behandlingspsykiatrien, betegnes som patienter, og interessen i psykiatrien er i vid udstrækning på patientens diagnose og symptomer. Formålet med kontakten mellem patient og psykiatri er en behandling af patientens sygdom,

som enten kan resultere i en mindskning af patientens symptomer, helbredelse af den konkrete sygdom eller en stabilisering af patientens sygdomsforløb. Dermed kommer resultatet også til at spille en vigtig rolle. Fordi fokus er på symptomer og diagnose, kan alle de andre forhold, der er i patientens liv, komme til at virke som støj – noget, der kan stille sig hindrende i vejen for, at den psykiske sygdom kan behandles optimalt. Dette gælder ikke mindst et forhold som et alkohol- eller stofmisbrug. Patientrollen indebærer en passivitet – man har erkendt, at man har brug for hjælp hos andre, der arbejder professionelt med ens problemer.

Dette fokus på sygdom kommer i et vist omfang til at stå i modsætning til det fokus, der er i socialpsykiatrien. De mennesker, der kommer i kontakt med socialpsykiatrien, omtales som borgere. Hvor der hos behandlingspsykiatrien ofte er et fokus på symptomer og diagnose, forsøger man i socialpsykiatrien at have fokus på det hele menneske. I det omfang at sygdommen kan træde i baggrunden, vil man ofte opleve dette som en fordel. Når borgernes tilstand skal vurderes, tales der ofte om funktion fremfor symptomer og diagnose. Alligevel er spørgsmålet om diagnose vigtig – blandt andet fordi den giver personalet i socialpsykiatrien vigtige retningslinjer for, hvad borgerne vil kunne magte, og hvad de kan forvente i interaktionen med borgerne. De socialpsykiatriske tilbud er frivillige, og der er ikke mulighed for at udøve tvang. Da man mener, at tilbuddene er vigtige for borgerne, forsøger man at gøre det attraktivt for borgerne at benytte dem. Derfor har man også en mere åben og rummelig tilgang. En del af de mennesker, der kommer i kontakt med socialpsykiatrien, har forholdsvis alvorlige funktionsnedsættelser, og derfor arbejdes der ofte med meget langsigtede mål. Det betyder også, at processen – fremfor resultatet – kommer i fokus.

I Danmark har misbrugsbehandlingen sit udgangspunkt i det sociale område, dog fylder spørgsmålet om helbred og medicin også forholdsvis meget i en del misbrugsbehandling. De mennesker, der kommer i misbrugsbehandling, omtales ofte som brugere. Dette refererer direkte til, at de er brugere af misbrugsbehandlingens tilbud, men der ligger også en implicit reference til, at de er brugere af stoffer og/eller alkohol.



I misbrugsbehandlingen ser man ofte misbruget som forbundet til en lang række andre problemer eller udfordringer i brugernes liv – deres sociale, boligmæssige, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige, juridiske, familiære, økonomiske og helbredsmæssige – både somatiske og psykiatriske – situation osv. Misbrugsbehandlingen oplever dermed også sig selv som centrale for mange af disse andre felter i borgernes liv og vil typisk beskrive sig selv som tovholder i forhold til borgerne. Der er dermed tale om en væsentligt bredere tilgang end hos behandlingspsykiatrien. Det betyder også, at man gerne forsøger at hjælpe borgeren med nogle af disse andre problemer også – fx ved at følge borgeren til lægen eller tage kontakt til boligforeninger eller kommune. Det betyder også, at behandlingstilbuddet i vid udstrækning vil blive tilpasset brugeren, og hvad vedkommende ønsker hjælp til, snarere end til formelle diagnostiske kriterier. Ofte arbejdes der også med langsigtede mål i misbrugsbehandlingen – blandt andet fordi årsagerne og de problemer, som misbruget skaber, er tæt forbundet i komplicerede relationer. I dette perspektiv kommer misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien dermed til at minde forholdsvis meget om hinanden.

### **Synet på medicin**

Hvis man primært fokuserer på sygdom og symptomer, så bliver den medicinske behandling ofte en logisk følge. Omvendt, hvis man skal hjælpe mennesker med at leve mere hele liv, så er det typisk nogle flere tilgange, der skal i spil. Derfor ser vi også, at synet på, hvilken rolle medicin spiller, kan være forskellig hos de forskellige aktører.

I behandlingspsykiatrien er medicin en meget vigtig del af behandlingen i forhold til næsten alle patienter, og i forhold til nogle patienter er det den eneste behandling, der tilbydes. Medicinens dominerende rolle i forhold til, hvilken behandling man kan tilbyde, betyder også, at mennesker med psykiatriske diagnoser eller psykiatriske problemer, som ikke rigtig kan afhjælpes ved hjælp af medicin, ofte ikke tilbydes behandlingsforløb i psykiatrien – det kan fx være mennesker med en

personlighedsforstyrrelse. Der skal være noget, man kan gøre – ellers giver det ikke mening, at mennesket bliver patient.

I socialpsykiatrien vil man som nævnt have et perspektiv på det hele menneske, og man vil prøve at begrænse den plads, som sygdom og medicin spiller i borgernes liv, således at der bliver plads til andre aspekter eller dimensioner af borgerens liv i kontakten mellem borger og socialpsykiatrisk personale.

Misbrugsbehandlingen har typisk ikke noget udtalt forbehold over for medicin, selv om man godt kan synes, at særligt substitutionsmedicin og andre former for medicin, der potentielt kan misbruges, kommer til at fylde meget i hverdagen. Dette accepteres dog langt hen ad vejen som et udtryk for brugernes prioriteringer, fordi man ved, at medicin og andre illegale stoffer ofte spiller en meget vigtig rolle i brugernes liv. Hvis en bruger f.eks. er meget fokuseret på den dosis substitutionsmedicin, han modtager, og gerne vil diskutere muligheden for at få en højere dosis, vil man i misbrugsbehandlingen have en forståelse for dette fokus, da man ved, at brugeren er meget afhængig af sin substitutionsbehandling og meget bange for at opleve abstinenser. Misbrugsbehandlingen placerer sig dermed i synet på medicin et sted mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

### **Projekt Integreret Indsats**

Som beskrevet indledningsvis, så kan det være en styrke i et velfungerende samarbejde, at de forskellige aktører har forskellige perspektiver og fokuserer på forskellige aspekter af borgernes liv. I Projekt Integreret Indsats har man haft ansat projektledere, der har haft til opgave at sikre, at samarbejdet i projektet har trukket på hinandens styrker. Ved både teammøder og møder i Kultursporet har fokus været på at få bragt hinandens kompetencer i spil på konstruktive måder. Der er blevet givet rum til, at de forskellige perspektiver har kunnet komme frem og kommet med input til de enkelte borgerforløb.



### **Indblik: Relationen er afgørende**

Hvor vi i synet på diagnoser og medicin kan have forskellige opfattelser af, hvor centralt placeret disse faktorer er, er der blandt alle medarbejdere i projektet enighed om, at relationen til borgeren er et bærende element i indsatsen.

Når fx en medarbejder i socialpsykiatrien vægrer sig ved at have noget med medicin at gøre, nævnes det ofte, at det kan skade relationen. I en anden situation kan man tværsektorielt ønske, at en borger tvangsindlægges. Her kan en medarbejder i misbrugsbehandlingen, der som den eneste samarbejder succesfuldt med en borger om fælles mål, tabe meget godt arbejde på gulvet, hvis medarbejderen har været med til at få borgeren tvangsindlagt i psykiatrien.

I samarbejdet har det været vigtigt for os at se på relationerne til borgerne og vurdere, hvordan vi bedst muligt bevarer respekten for samt det gode samarbejde med borgeren. I et tilfælde blev en socialrådgiver i psykiatrien en gennemgående person i en borgers indsats, også efter at borgeren var udskrevet fra psykiatrien. I et andet tilfælde valgte vi, at en støttekontaktperson ikke blev direkte involveret i en psykotisk patients indlæggelse, sådan at borgeren også havde nogen at tale med, da denne følte sig svigtet. I et tredje tilfælde deltog den psykiatriske overlæge i et møde på et misbrugscenter for at imødekomme en borger, der havde belastede relationer i psykiatrien. Derfor mødtes de der, hvor borgeren var tryggest og bedst muligt kunne indgå i samarbejdet.

Vi har i projektarbejdet taget udgangspunkt i vores enighed om, hvor vigtigt relationsarbejdet er for vores samarbejde med borgeren. Derigennem har vi lært, hvor afgørende det kan være at se på de relationer, borgeren har ind i de forskellige systemer og understøtte de relationer, som borgeren bedst arbejder i til fordel for borgerens samlede forløb.

I Kultursporet har vi haft mulighed for at arbejde med den tværsektorielle forståelse af relationsarbejdet. Det er sket ved at tale om menneskesynet bag kategoriseringer som patient, borger og bruger, samt stille skarpt på tovholderfunktionen og hvordan man bedst muligt udøver denne.

### **Selvbestemmelse vs. omsorgspligt**

#### ***Handletvang***

Når en patient har kontakt med behandlingspsykiatrien, har personalet dér en forpligtelse til at handle. Man kan ikke lade være med at gøre noget eller lade tiden gå. Hvis man vurderer, at man ikke kan gøre noget med de værktøjer, som man har til rådighed, så skal patienten udskrives. For den del af psykiatrien, som indebærer indlæggelse, er der ofte tale om akutte problemer – noget, der skal handles på relativt hurtigt. Og i nogle sammenhænge – fx hos meget misbrugende, meget depressive eller psykotiske patienter – kan det være et spørgsmål om liv og død.

Psykiatrien er også særlig ved at være en af de få institutioner i det danske samfund, hvor der må udøves tvang. Det betyder, at det ikke er alle patienter, der er til stede i behandlingsinstitutionen frivilligt eller modtager behandlingen frivilligt. Og det gør personalet til magtudøvere. For de fleste patienter er kontakten til psykiatrien dog frivillig, og i mange tilfælde udgør psykiatrien og den psykiatriske behandling en meget begrænset ressource, som mange mennesker oplever, at det er vanskeligt at få adgang til. Men muligheden for tvang betyder, at personalet kan og skal handle, hvis en patient er meget syg.

### **Selvbestemmelse**

Denne mulighed har de øvrige institutioner ikke, og særligt socialpsykiatrien definerer sig ofte i modsætning til tvangen og magtudøvelsen. I socialpsykiatrien beskriver personalet sig som gæster hos borgerne, eller at kontakten foregår på borgernes præmisser. Man forsøger i meget stort omfang at respektere borgernes egne valg og arbejde konstruktivt med dem ved hjælp af socialpsykiatriske metoder. I behandlingspsykiatrien kan man ind imellem opleve det, som om man i socialpsykiatrien bare lader stå til, og at man dermed svigter nogle meget syge borgere, der burde have haft hjælp, også selv om denne hjælp skulle være foregået ved tvang. I socialpsykiatrien arbejder den kommunale medarbejder med balancen mellem borgerens ret til selvbestemmelse og den kommunale omsorgspligt.

I misbrugsbehandlingen er spørgsmålet om selvbestemmelse formet lidt anderledes. Afhængighed af alkohol eller stoffer opleves nogle gange som at have intimideret brugernes selvbestemmelse: I stedet for at brugerne gør, hvad de har lyst til, så gør de, hvad de bliver nødt til at gøre for at skaffe stoffer eller alkohol. Der, hvor spørgsmålet om selvbestemmelse bliver relevant, er ofte i forhold til, hvilke behandlingsmål der skal arbejdes hen imod. For nogle brugere vil målet være at holde op med at bruge det eller de stoffer, som de er afhængige af. For andre brugere handler det om at få et mindre skadevoldende brug uden nødvendigvis at skulle holde op med bruget. For andre igen handler det om at få arbejdet med nogle af de bagvedliggende problemstillinger, som de oplever at være årsag til misbruget. Særligt i forhold til stofbrugere har man de sidste ca. 20 år diskuteret, at det er problematisk, at afholdenhed ofte anses som det eneste mål for behandling. For at kunne rumme andre former for behandlingsmål har man introduceret begrebet 'skadesreduktion' efter det engelske 'harm reduction'. Med dette begreb har man

åbnet op for, at målet med behandling også kan være at reducere skaderne ved stofbruget uden nødvendigvis at holde op med at bruge stofferne. Dette bredere fokus leder ofte til en mere pragmatisk og brugerorienteret tilgang til behandlingsmål. Det er dog også en tilgang, som det kan være vanskeligt for andre at forstå. Hvordan kan man i en misbrugsbehandlingsinstitution acceptere, at brugerne fortsætter med at tage stoffer eller drikke, er et spørgsmål, som den skadesreducerende tilgang tit leder til. Særligt i behandlingspsykiatrien synes den skadesreducerende tilgang at være problematisk. Her har man typisk anset stof- eller alkoholmisbrug kun som negativt og som sygdomsfremkaldende, og at dette ikke bare skal væk, synes at skabe udfordringer i forhold til psykiatriens tilgang, hvor man behandler for at reducere symptomer og i sidste ende fjerne sygdommen.

### **Projekt Integreret Indsats**

Dilemmaet mellem selvbestemmelse og pligten til at handle er noget af det, som løbende er blevet diskuteret på teammøder og Kulturspørgsmøder. Der er undervejs kommet en accept af, at forskellige institutioner er underlagt forskellige love, der giver forskellige muligheder og begrænsninger i forhold til hinanden. Det er også blevet diskuteret, om forskellige centrale begreber, der traditionelt har været knyttet til nogle institutioner, med fordel kunne anvendes bredere. Det er fx blevet diskuteret, om skadesreduktionsbegrebet fra misbrugsverdenen kunne lukke op for nogle nye måder at tænke behandling og behandlingsmål på i behandlings- og socialpsykiatrien.

Der er samtidig også enighed om blandt de forskellige aktører, at dilemmaet omkring selvbestemmelse og pligten til at handle er grundlæggende i arbejdet med meget udsatte mennesker – ikke mindst mennesker med en dobbeltdiagnose.

### **Indblik: Samme metoder og tilgange, men forskellig lovgivning og tidsperspektiv**

På et kulturspørmøde, der handlede om socialpsykiatriens arbejde og metoder, kom det frem, at alle enheder arbejder recovery-orienteret og med den motiverende tilgang. Det, der blev synligt for deltagerne, var også, at de har ganske forskellige rammer for arbejdet.

En ansat på et akut- eller sengeafsnit har fx 2 dage at arbejde motiverende og recovery-orienteret i. På den anden side har en støtte-kontaktperson i socialpsykiatrien måneder og til tider år at arbejde med motivation og recovery. På baggrund af gruppearbejdet i de blandede grupper kom det også frem, at det motivationsarbejde, vi udfører, fint supplerer hinanden. Vi havde i en tid fokuseret på det faktum, at vi anvendte forskellige teoretikere. På dette møde talte vi om de forskellige foci, som disse teoretikere har, og nåede frem til, at de er anvendelige forskellige steder. Socialpsykiatriens teoretiker er anvendelig, når det handler om at etablere en relation overhovedet. Psykiatriens teoretiker anvendes, når man har borgeren i behandling og via samtale ønsker at motivere denne.

Kulturspørmødet omkring socialpsykiatrien førte os således et skridt nærmere en forståelse for vores ligheder og forskelligheder. Vi havde tidligere talt om problemet omkring forskellige tilgange til motivationsarbejdet samt at nogle eksplicit arbejdede med recovery og andre ikke. Da vi nu havde tiden til at tale om vores daglige praksis og arbejdsmetoder, blev det synligt for os, hvordan vores metoder supplerer hinanden. Dette er noget, man med fordel kan fokusere på og videreudvikle i samarbejdet fremover. For eksempel sådan, at vores arbejde med motivation bliver mere ensartet og direkte sammenhængende. Dette kunne være interessant at udvikle, trods forskellig lovgivning og tidsmæssige rammer.

### **Samspil**

De tre kulturer repræsenterer tre distinkte faglige tilgange med hver deres styrke. Formålet med Kulturspøret har ikke været at få disse fagligheder til at blande sig og blive til én. Tværtimod har formålet været at skabe en bevidsthed om egne og andres styrker og særkender. Dette er i projektet blevet set som en nødvendig forudsætning for at kunne etablere et tværsektorielt samarbejde og udnytte potentialet i de forskellige perspektiver.

Det har bidraget til en god fleksibilitet i samarbejdet, at medarbejderne har fået kendskab til de forskellige rammer for arbejdet, forskellige fagligheder og viden. Det er en væsentlig pointe, at den viden, der har været mest brugbar for medarbejderne, har været basal viden fra de andre enheders praksis – det være sig viden om stoffer, psykiatriske diagnoser og baggrunden for at stille dem samt metodebrug i socialpsykiatrien. Det

har gjort, at medarbejderne er blevet optaget af andre måder at arbejde på, fx fordelene ved at behandle begge lidelser samtidig og arbejde med udgangspunkt i skadesreduktion frem for med afholdenhed som det primære mål.

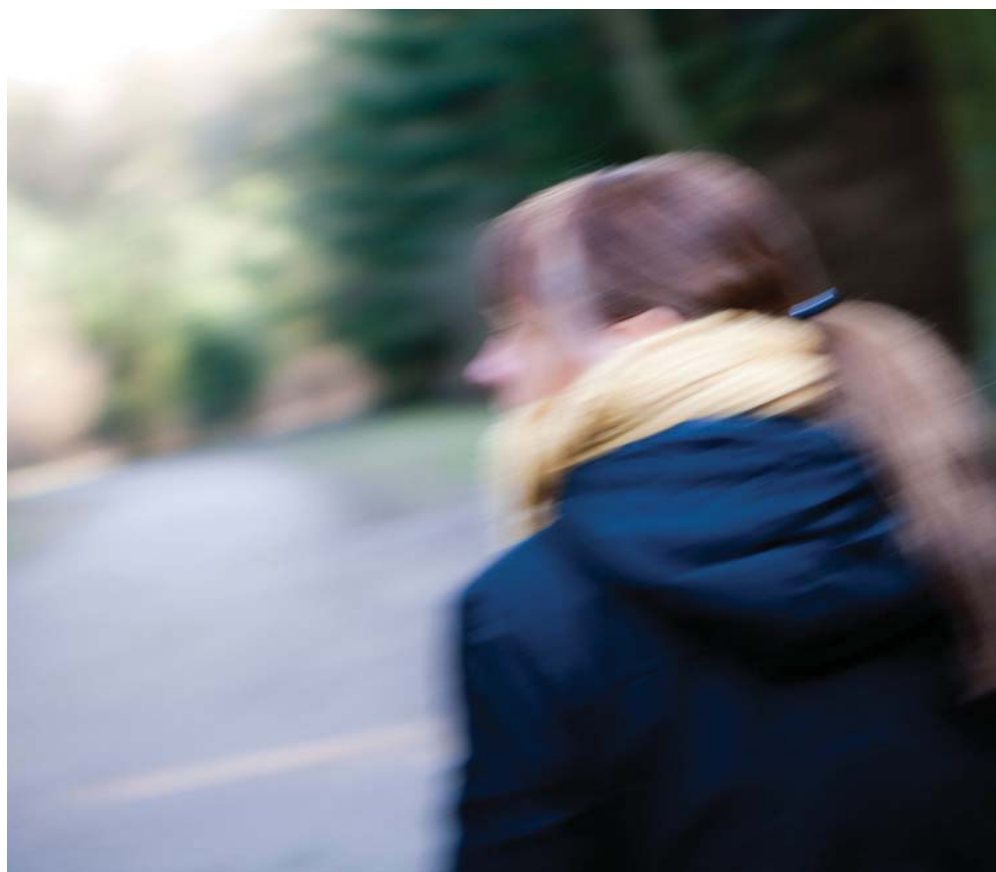
Ovenstående gennemgang har fokuseret på forskellene. Men der er også mange ligheder, hvilket det er vigtigt ikke at overse. På de 10 mødegange, som Kulturspøret samlet har bestået af, samt i det daglige samarbejde, er det også blevet tydeligt, at der er mange områder, hvor behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling ligner hinanden. Når fx de to primære kontaktpersoner fra henholdsvis behandlingspsykiatrien og distriktspsykiatrien samarbejder tæt med borgerens samtykke og deltagelse, giver det en mere fylldig forståelse for borgeren, og det er muligt at finde frem til fælles mål for indsatsen.

Det fællesskab, der er blevet etableret med projektet, har i høj grad båret præg af et værdimæssigt fællesskab, hvor der er plads til de forskellige kulturer.

Hvordan deltagerne i Projekt Integreret Indsats definerer det værdimæssige fællesskab, der er blevet skabt gennem projektet, vil blive præsenteret i næste afsnit.

**Spørgsmål til refleksion:**

- *Hvor meget kendskab har jeg til behandlingsprincipperne hos mine samarbejdspartnere?*
- *Er der mulighed for at komme på besøg hos hinanden eller deltage i fælles undervisning?*



# Fælles værdier i Projekt Integreret Indsats

Med udgangspunkt i Kultursporets møder – og i det løbende arbejde i de integrerede teams – har medarbejderne identificeret en række værdier i deres arbejde, som de vurderer, er bærende for Projekt Integreret Indsats. Der er således tale om værdier, som er udviklet undervejs, og som efterhånden har virket faciliterende for samarbejdet. Det er dermed også værdier, som medarbejdere og projektledere vurderer vigtige, at der bliver skabt rum for og kan (videre)udvikles i etablerede eller nye integrerede teams, hvis Projekt Integreret Indsats udbredes til yderligere kommuner, psykiatriske centre eller regioner.

Værdier er et begreb, som man ofte anvender uden at tænke nærmere over, hvad det egentlig betyder, og som det kan være vanskeligt at definere præcist. I Den Store Danske Encyclopædi kan man finde følgende definition:

*Værdier er kulturelt bestemte opfattelser af, hvad der er værdifuldt og ønskværdigt, og hvad der ikke er det. Det er følelser, der er stabile over længere tid, overfor bestemte idealer om, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert. Det man sætter højt og vil arbejde for.*

De fælles værdier i Projekt Integreret Indsats er altså de fælles opfattelser, som medarbejdergruppen oplever, er værdifuldt og ønskværdigt for deres arbejde med mennesker med en dobbeltdiagnose. Der er tale om nogle mere grundlæggende opfattelser, som bliver styrende for, hvordan man udfører sit arbejde med den konkrete borger. Ofte rejser spørgsmålet om værdier sig som spørgsmål. Et eksempel kan være, om man mener, at ethvert menneske grundlæggende er i stand til at beslutte, hvad der er godt for vedkommende selv, eller om man mener, at nogle mennesker i nogle situationer – fx i forbindelse med misbrug eller psykisk sygdom – ikke er i stand til at træffe vigtige valg. Et andet eksempel kan være, om man mener, at man altid er forpligtet til at hjælpe et andet menneske, eller om dette menneske kan miste sin ret til at få hjælp ved fx at være truende, voldelig eller fuldstændig afvisende.

## Værdier i projekt Integreret Indsats

Værdier i arbejdet med borgerne:

- Omsorg – gerne at ville hjælpe borgeren

- Rummelighed i behandlingen – at borgeren skal føle sig velkommen og forstået
- Tålmodighed – at arbejdet med borgeren skal følge borgerens tempo og behov
- Vedholdenhed, opsøgende kontakt – at vigtige relationer tager tid at opbygge og er vigtige at vedligeholde
- Individuelle løsninger mhp at støtte den enkeltes recovery – at den enkelte borger har ret til selv at sætte mål for sin behandling
- Andre mål end afholdenhed (skades reduktion) – at acceptere at for nogle borgere opleves stoffer og/eller alkohol som nødvendige i deres liv, i hvert fald lige nu
- Det vikarierende håb; stå på livets side – at holde fast i at livet er værd og holde fast i og at der er hjælp at få.

Værdier i samarbejdet med kollegaerne:

- At handle hurtigt og fleksibilitet i situationen – behandlingen og hjælpen skal tilpasses borgeren; det er ikke borgeren, der skal tilpasse sig hjælpen. Vi er forpligtede til at handle, når borgeren oplever at have brug for hjælp
- Bringe den eksisterende viden og kendskabet til hinanden i spil; både viden hos hinanden og viden om borgeren – som fagperson er man forpligtet til at anvende al den eksisterende viden og ikke se bort fra noget, fordi det er besværligt
- Samarbejde – at sammensætte det bedst mulige tilbud til borgeren, også selv om det betyder, at vi skal gå ud over vores egne institutionelle grænser
- Ligeværdighed mellem faglighederne i samarbejdet – vi har alle vigtige ting at bidrage med, og forskelligheden er en styrke.

Ovenstående værdier er dem, som medarbejderne peger på er mest afgørende i deres arbejde med at lave et godt tværsektorielt arbejde med mennesker med en dobbeltdiagnose. Det er også erfaringen i projektet, at det har taget tid at opbygge den fælles viden, som ligger bag formuleringen af de enkelte værdier og at blive sikker på, at der er en vis enighed om, hvad værdierne betyder i praksis. Det er derfor vigtigt, at man tager sig tid til at samarbejde og lære sammen, sådan at man efterhånden kan identificere fælles værdier og ved, hvad de betyder.

## Indblik: Værdier i spil

At værdierne har været i spil, ses tydeligst i det daglige samarbejde.

Eksempelvis har det i Projekt Integreret Indsats ligget i definitionen af projektet, at de forskellige institutioner skulle række ud mod hinanden for at hindre de kendte situationer, hvor borgere med en dobbeltdiagnose 'falder mellem to stole'.

Trods denne baggrundsviden og umiddelbare enighed om værdien om at samarbejde og strække sig længere end normalt har der i praksis været forskellige forståelser, og værdien er kommet i spil. Som det fremgår af denne inspirationsguide, ser fx misbrugsbehandlingen sig selv som rummelig, imødekommende og villig til at strække sig. Samtidig er der i misbrugsbehandlingen ofte en fagligt funderet holdning om, at man kun kan arbejde med borgeren, hvis denne er motiveret. Denne holdning har ind imellem ført til diskussioner i samarbejdet, hvor fx sengeafsnittene i psykiatrien kan have den tilgang, at alle, der har en alvorlig sindslidelse, skal have behandling, uanset om de kan mønstre motivation eller ej. Ligeledes er det at arbejde med mennesker, der har brug for hjælp – og eventuelt ikke evner at tage imod – en central del af eksempelvis § 99-opgaven i socialpsykiatrien.

Værdien 'samarbejde' bliver i disse situationer forhandlet. For et formål med projektet har været, at borgere kan få samtidig behandling for sindslidelse og misbrug, så derfor kan der være brug for at opstarte eller holde kontakten til misbrugsbehandlingen eller fx Distriktspsykiatrien – også selv om der ikke umiddelbart er motivation for dette hos borgeren.

Pointen ved eksemplet er ikke, at misbrugsbehandlingen – eller fx Distriktspsykiatrien, som har lignende arbejdsgange – ikke vil samarbejde. Pointen er derimod, at værdien om at samarbejde og tilbyde borgeren indsats, der går ud over vores normale grænser, kommer til forhandling, når der indgås et formaliseret samarbejde som i Projektet Integreret Indsats. Det er en svær proces, fordi de enkelte enheder kan føle sig kritiseret eller opleve, at deres viden og faglighed underkendes. I vores tilfælde har kombinationen af samarbejde, hyppige teammøder, hvor vi kunne diskutere borgerens behov, samt kulturspørmøder, hvor vi har afklaret vores centrale værdiers indhold, været frugtbar. Det har skabt muligheden for at se sin egen praksis udefra, forstå hvorfor andre institutioner reagerer på den, og i fællesskab få afklaret om denne praksis bør ændres eller fastholdes til gavn for den enkelte borger.

Listen over værdier viser, at på trods af de kulturelle forskelle, som det er muligt at identificere mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen, så er det også muligt at skabe et fælles værdimæssigt udgangspunkt for arbejdet med mennesker med en dobbeltdiagnose. En fælles grund, som man kan mødes på, og hvor de forskellige faglige kompetencer kan komme i spil inden for en fælles referenceramme.

### **Spørgsmål til refleksion:**

- *Hvilke værdier har jeg til fælles med mine samarbejdspartnere?*
- *Har vi mulighed for at mødes og tale om værdier – og ikke kun om konkrete patienter?*
- *Hvor ser vi grundlæggende forskelligt på mennesker og behandling?*

# Anbefalinger

Medarbejderne i projekt Integreret Indsats har følgende bud på, hvad der er vigtigt, når man skal have et tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med en dobbeltdiagnose til at fungere. Eller sagt på en anden måde: Hvis der skal være mulighed for at skabe et fælles værdimæssigt grundlag for det tværsektorielle samarbejde, sådan som det er lykkedes i Projekt Integreret Indsats, så bør nedenstående forhold adresseres. Selv om anbefalingerne er udviklet i Projekt Integreret Indsats, så er de relevante at overveje generelt for tværsektorielt samarbejde.

De kulturelle forskelle:

- De kulturelle forskelle og ligheder mellem aktørerne skal tages seriøst og italesættes
- Der skal gives tid og rum til at mødes, lære og reflektere sammen
- Medarbejderne fra de samarbejdende institutioner skal gives egentlig viden om hinanden og om hinandens arbejdsvilkår
- Centrale kulturelle forskelle i synet på de mennesker, der skal hjælpes, og den behandling, de tilbydes, skal identificeres

- Skabelse af en fælles forståelses- og referenceramme for arbejdet

Det tværsektorielle samarbejde:

- Der skal være en struktur, der sikrer, at man mødes tværsektorielt
- Nye medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde skal introduceres til den fælles kultur, der er blevet skabt
- Nuværende medarbejdere skal arbejde med at fastholde det gode fokus på den fælles tilgang
- Det er vigtigt at inddrage læger fra psykiatrien og myndighedspersoner fra kommunerne i integrerede teams
- Det er centralt, at der udpeges en eller flere tovholdere i det tværsektorielle samarbejde, så nogen er forpligtet på samarbejdet
- På sigt skal der være mulighed for, at de forskellige tekniske og informationsbærende systemer understøtter samarbejdet

## **Spørgsmål til refleksion:**

- *Hvordan kunne vi godt tænke os, at samarbejdet omkring mennesker med en dobbeltdiagnose fungerede?*
- *Hvor har vi selv mulighed for at påvirke samarbejdet?*
- *Hvilke muligheder har vi for at mødes?*
- *Hvordan sikrer vi, at samarbejdet prioriteres i vores organisationer?*



KORA  
Det Nationale Institut for  
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning  
Købmagergade 22  
1150 København K

Tlf. 444 555 00  
[www.kora.dk](http://www.kora.dk)

ISBN 978-87-7488-835-2

Projekt 10782  
December 2014

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

