

Integreret
indsats for
sindslidende
med misbrug

oktober 27

2014

Et samarbejde mellem regionspsykiatrien Horsens og
Hedensted Kommune - Projektopsamlings rapport

Indholdsfortegnelse

Integreret indsats for sindslidende med misbrug 2012 - 2014 -	
Projektopsamlings rapport	0
Projektbeskrivelse	2
Projektresultater i Hedensted Kommune	2
Opsporing og identifikation af borgere	3
Målgruppen i det daglige arbejde	5
Det tværfaglige team / Fællesteam i projekt og fremadrettet	5
Borgere der har deltaget i projektet	5
Eksempel på et sagsforløb med en kernemålgruppe borger	6
Eksempel på en af dem der er udiagnosticeret og har massive komplekse sociale problemstillinger.	7
Karins historie	7
Eksempel på organisatoriske udfordringer i systemet	8
Jyttes historie	8
Vivis historie	8
Eksempel på samarbejdet med de praktiserende læger	8
Opsamlede erfaringer og anbefalinger	9
Hvad har vi lært?	9
Projektopsamling ultimo 2014 skrevet af	10

Denne rapport er en opsamling på projektarbejdet og er udarbejdet efter ønske fra styregruppen.

Projektopsamling ultimo 2014 skrevet af
Gitta Stege, Projektleder Hedensted Kommune
Rasmus Krahn, Projektkoordinator Regionspsykiatrien Horsens

Projektbeskrivelse

Der er forud for projektets opstart udarbejdet et omfattende overordnet projektdesign samt en metodehåndbog af Deloitte. Hver kommune har efterfølgende tilpasset dette til deres lokale forhold.

I Hedensted kommune har der været sammensat et team med repræsentanter fra jobcentret, socialpsykiatrien, voksenhandicap og flere ad hoc deltagere fra eksempelvis bostøtten, misbrugscentret og andre relevante samarbejdspartnere. Fra regionspsykiatrien i Horsens har projektsygeplejerske samt projektkoordinatoren også været faste deltagere. Teamet har mødtes hver anden uge og arbejdet med Voksen Udrednings Metoden som udredningsmetode. På alle møderne har borgeren været inviteret til at være en aktiv part i egen sag.

Der er i projektperioden udarbejdet to statusrapporter af Deloitte. De beskriver den grundlæggende organisation samt de nationale resultaterne fra de fire projekter i hhv. Ballerup, Egedal, Syddjurs og Hedensted.

Efter projektets afslutning vil der i første kvartal 2015 komme en endelig evalueringsrapport.

Der er udarbejdet lokale forandringsteorier som både beskriver langsigtede samt kortsigtede mål for borgere samt for organisationen.

Der henvises således til det supplerende materiale som er nævnt ovenfor, for en yderligere indføring i de mere grundlæggende elementer i projektet.

Projektresultater i Hedensted Kommune

Deloitte har valgt at måle på følgende parameter i fht. implementeringen af projektet i kommunen.

- I hvilket omfang anvendes der systematiske metoder i identifikationen af borgere med dobbeltdiagnose?
- I hvilket omfang modtager de identificerede borgere med dobbelt-diagnose støtte og/eller behandling fra teamet?
- I hvilket omfang får borgerne foretaget en helhedsorienteret udredning?
- I hvilket omfang udarbejdes der integrerede handleplaner, hvor der tages højde for begge lidelser hos borgerne?
- I hvilket omfang er der tilrettelagt integrerede indsatser overfor borgerne, hvor der tages højde for begge borgernes lidelser?
- I hvilket omfang er der udarbejdet integrerede kriseplaner for borgerne?
- I hvilket omfang udføres der opsøgende arbejde for at udvikle og opret- holde en relation til borgerne?
- I hvilket omfang modtager personer i borgernes omgangskreds netværks-tilbud?
- I hvilket omfang er indsatserne overfor borgerne i overensstemmelse med borgernes motivationstrin?

Nedenfor uddybes et af disse parametre som i særdeleshed har haft relevans for projektets udvikling i Hedensted kommune.

Opsporing og identifikation af borgere

I regionalt regi

Socialt udviklingscenter (SUS) har i 2011 udarbejdet en undersøgelse der anslår at der er ca. 0,4 % af borgerne i en kommune der er dobbeltdiagnosticerede. I alt svarer dette til 183 borgere i Hedensted Kommune. Socialpsykiatrien rapporterer, at de aktuelt har 27 borgere med en dobbelt problematik i deres tilbud.

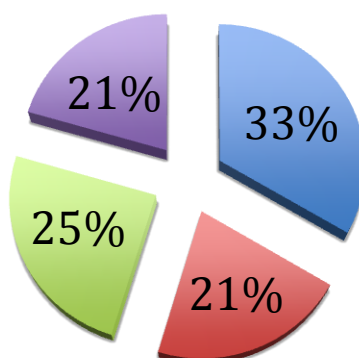
I fht. samarbejdet med regionspsykiatrien om at identificere borgere fra Hedensted kommune med sindslidelse og misbrug, har dette ligeledes budt på forskellige udfordringer. Hovedbaggrunden er, det lave antal af indlagte borgere i regionspsykiatrien fra Hedensted kommune.

I før omtalte undersøgelse fra SUS 2011 (s.10) konkluderes det videre, at ”Små kommuner og kommuner med små andele af borgere med sindslidelse og misbrug har færre borgere i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri, end de større kommuner og kommuner med større andele borgere med sindslidelse og misbrug.”

Som figuren herunder illustrer, ligger Hedensted i den lavere ende i fht. forbrug af sengepladser i regionspsykiatrien, set i fht. indbyggertal kommunerne imellem. Dette tolkes yderligere, som endnu en bekræftende faktor i forbindelse med udfordringen omkring opsporingen af borgere med svær sindslidelse og misbrug.

Procent forbrug af sengepladser i fht. indbyggertal de fire kommuner imellem

■ Horsens ■ Skanderborg ■ Odder ■ Hedensted



Baseret på tal fra 2013

Det skal bemærkes, at der i optællingen ovenfor ikke er taget højde for, at nogle få indlagte personer kan dække over mange af indlæggelsesdagene. For en yderligere uddykning henvises der til skemaet nedenfor.

År	Antal individer	Antal indlæggelser	Antal sengedage	Gns. sengedage pr. indlæggelse
2009	107	154	4.050	26
2010	127	169	2.622	16
2011	117	192	3.129	16
2012	135	203	3.832	19
2013	142	246	3.692	15
2014 (8 mdr)	88	129	1.574	12

Disse tal omhandler *ikke* en optælling af færdigbehandlede og ambulante besøg, samt skadestue. Men repræsenterer blot det samlede indlæggelsestal på psykiatriske sygehuse som Hedensted Kommune betaler for.

Det er interessant at bemærke, at på trods af en stigning i antallet af indlæggelser og en nedgang i sengedage per indlæggelse, har det samlede antal sengedage og antal individer kun et ganske lille udsving fra år til år.

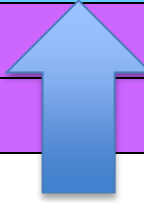
I kommunalt regi

- I kommunalt regi er der informeret bredt ud om projekts formål og målgruppe.
- Der er som start afholdt en tværfaglig temaformiddag for alle afdelinger, med oplæg omkring målgruppens kendetegn.
- Der er informeret ud omkring projektets tilbud til borgere med dobbelt-diagnoseproblematikker via lokalavisen.
- I samarbejde med Bedre Psykiatri er der afholdt et arrangement med fokus på dobbeltdiagnoser.
- Projektet har fysisk været placeret på rusmiddelcentret, da 75 % af dem der har et misbrug også har en psykiatrisk lidelse. Det har givet nem adgang for rusmiddelcentrets medarbejdere til drøftelse af aktuelle borgere i dagligdagen.
- Teamet bliver også repræsentanter ud i organisationen for at gøre opmærksom på eksistensen af dette.

Målgruppen i det daglige arbejde

Den oprindelige målgruppe A, B, C, D har som beskrevet ovenfor været svært at identificere i et sådan omfang, at denne alene har kunnet udfylde projektet. Målgruppen har derfor også omhandlet E, F, G, H, som dog med støtte fra projektet har opnået en diagnosticering og relevant behandling.

	Stofmisbrug	Alkoholmisbrug
Svær sindslidelse	A	B
Let sindslidelse	C	D
Udiagnosticeret sindslidelse	E	F
Komplekse sociale problemstillinger	G	H



Det tværfaglige team / Fællesteam i projekt og fremadrettet

Med baggrund i det lave antal borgere der har været kernemålgruppen for projektet i form af svært sindslidende med stof eller alkoholmisbrug, og den velfungerende socialpsykiatri i kommunen, er det svært at argumentere for fastholdelsen af et fællesteam i projektformen.

I sundhedsaftalerne forpligtes man til at oprette et fællesteam for patienter, som både har en behandlingskrævende psykisk sygdom af en vis sværhedsgrad, og et behandlingskrævende misbrugs- problem. Teamets opgave er at lægge en fælles koordinerende handleplan for henviste dobbeltdiagnosepatienter som omfatter behandling for både den psykiske sygdom og misbruget, og tager hånd om patientens sociale situation i øvrigt. Jfr. Sundhedsaftalerne, 2011-2014 pkt. 14.4

Det er i den foreliggende Lokale sundhedsaftale 2011 – 2014 mellem Hedensted Kommune og region midt Jylland, ikke nærmere specificeret hvordan man vil arbejde med fællesteam eller sindslidende med misbrug.

Praksis er, at sagerne drøftes i det daglige på lige fod med de almenpsykiatriske sager. Da der er en stor grad af beslutningskompetence blandt medarbejderne i kommunen, fungerer dette forholdsvist gnidningsfrit. Eventuelle udfordringer og mere generelle problemstillinger drøftes i det lokale samarbejdsforum mellem regionen og kommunen.

Mange af de opgaver der på nuværende tidspunkt har ligget i teamet vil i et vist omfang fremadrettet, kunne koordineres med de koordinerende indsatsplaner.

Borgere der har deltaget i projektet

Ovenstående efterlader spørgsmålet om, hvilke problemstillinger de 30 borgere der har været en del af projektet har haft, når det som udgangspunkt ikke udelukkende har handlet om svært sindslidelse med stof eller alkoholmisbrug. Dette forsøges illustreret ved hjælp af et par sagsforløb.

Herunder er der oplyst tre forskellige eksempler på sagsforløb og udfordringer, på borgerniveau samt på organisatorisk niveau, der er identificeret i det daglige arbejde.

Eksempel på et sagsforløb med en kernemålgruppe borger

Denne borger er kendetegnet ved at tilhører gruppen af svært sindslidende med misbrug, og tilhører derved projektets kernemålgruppe. I det følgende gives et eksempel på, hvorledes en borger har profiteret af hjælp fra projekt Integreret Indsats for sindslidende med Misbrug.

Casen omhandler en borger, som er gået fra kriminalitet, svært misbrug og ubehandlet sindslidelse til et "nyt liv" uden misbrug, med en velbehandlet sindslidelse, fast arbejde og selvforsørgende.

Ottos historie:

Otto er en mand på 33 år, der har været udsat for negative hændelser i barndommen med en alkoholisk og voldelig far, og som pr. marts 2013 er diagnosticeret med ADHD, skizofreni og samtidig har et misbrug af både alkohol og stoffer.

Otto begyndte at tage stoffer som 15-årig, amfetamin og ecstasy, dette udviklede sig til afhængighed. Kom som 16-årig ud i hårdt misbrug af heroin, hash, amfetamin, benzoediazepiner, kokain samt alkohol. På grund af tyveri kom han i fængsel. Efter opholdet der, sendte familien Otto til en pårørende i udlandet. I de følgende år kom Otto gentagne gange i fængsel for vold, sidst for drabsforsøg begået under påvirkning. Otto vendte tilbage til DK efter udstået straf. Her henviste hans læge ham til psykoseteamet i regionen grundet paranoid psykose. På trods af, at han havde haft svære psykiske symptomer de seneste 12 år, var han aldrig tidligere blevet psykiatrisk udredt.

Otto startede på misbrugsbehandling i Rusmiddelcentret sidst i 2012. I marts 2013 blev han indstillet til Projekt Integreret Indsats af regionspsykiatrien grundet hans mange forskellige problemstillinger.

Her er han blevet fulgt tæt i forløbet med ugentlige samtaler i projektet, hvor der er arbejdet med selverkendelse, mestringsevne og motivation samt generel sparring om de udfordringer der opstår. I den proces er der samtidigt et tæt koordineret samarbejdet med jobcentret for, at sikre en passende aktivering der tilgodeser Ottos særlige behov. Projektsygeplejersken har været sparringspartner i forhold til medicinering, helbredsspørgsmål mv.

På baggrund af den tværfaglige, koordinerede og integrerede indsats og Ottos egen motivation til forandring, er han nu 100 % ude af sit misbrug og har været misbrugsfri i 1 år. Han er i forsat medicinsk behandling for sin sindslidelse.

Otto kommer i jobpraktik i juni 2014, og får efter 3 uger tilbudt en fast stilling som ufaglært samme sted. Otto udtrykker stor glæde og tilfredshed med arbejdet.

Efter eget ønske kommer Otto fortsat til støttende samtaler i Integreret Indsats, da han stadig har brug for guidning/sparring omkring forskellige udfordringer i dagligdagen.

Eksempel på et sagsforløb med udiagnosticeret sindslidelse og massive komplekse sociale problemstillinger.

Fællestræk for denne målgruppe

- Forsørgelsesgrundlaget er kontakthjælp
- Diffuse psykiatriske vanskeligheder uden at være diagnosticeret
- Mangel på behandlingstilbud efter udredning
- Væsentligt nedsat funktionsniveau på mange områder
- Komplekse sociale problemstillinger

Karins historie

Kvinde på 31 år henvises til projektet via Rusmiddelcenteret, september 2013.

Kvinden er i substitutionsbehandling for et pillemisbrug der ligger flere år tilbage. Der ses misbrugsadfærd og det vurderes at hun er i højrisikogruppen for et tilbagefald. Der har i rusmiddelbehandlingen været nødvendigt at køre et meget struktureret forløb omkring substitutionsmedicinen.

Det har ikke været muligt at få kvinden færdigbehandlet på Rusmiddelcentret grundet hendes psykiske sårbarhed.

Under afdækning af kvindens livssituation indgår kontakt til jobcentret. Jobcentret har forsøgt mange forskellige tilbud og praktikker, men på trods af flere års forsøg er det ikke lykkedes at få kvinden i en varig beskæftigelse eller uddannelse.

Man har ikke haft opmærksomhed på de psykiske problemstillinger og den særlige adfærd hos kvinden, da hun opleves samarbejdsvillig i forhold til beskæftigelse. Ligeledes medvirker kvindens fortid som med knap 1 års studie som sygeplejestuderende for 8 år siden til at ”snyde” jobcentret, der forventer flere ressourcer hos kvinden end der faktisk er til stede.

Hun magter ikke, at passe sine aftaler når hun føler sig presset, hun taber nemt overblikket og bliver angst. Der ses et stort behov for planlægning, forudsigelighed og struktur. Et særligt kendetegn er forskellen mellem den facade kvinden forsøger at stille op for omverden og hendes egentlige kaotiske indre og en samtidig særdeles dårlig forståelsesramme for almindelig kommunikation.

Under afdækningen af hele kvindens livssituation vha. VUM viser det sig, at problematikkerne er væsentligt mere omfattende og indgribende i hendes liv end forventet. Herunder manglende evne til, at have overblik over sin økonomiske situation samt egen formåen på arbejdsmarkedet.

Denne borger har komplekse psykiske og sociale problemstillinger, og har et meget dårligt funktionsniveau på flere områder, men er **ikke diagnosticeret** da hun indgår i projekt Integreret Indsats. Der igangsættes udredning i samarbejde med egen læge og Regionspsykiatrien. Dette munder ud i foreløbig 3 psykiatriske diagnoser, og der er yderligere igangsat en neuropsykologisk udredning, grundet de meget omfangsrige kognitive forstyrrelser og mistanke om en udviklingsforstyrrelse.

På foranledning af Projekt Integreret Indsats, er kvinden henvist til socialpsykiatrien som har visiteret hende til hjælp af en bostøtte.

Eksempel på organisatoriske udfordringer i systemet

Her følger to eksempler på borgersager, med udfordringer i forhold til systemet. Dette blandet andet i form af ventetider såvel som manglende behandlingstilbud.

Jyttes historie

Jytte er en kvinde på 54 år som blev henvist til regionspsykiatrien med henblik på psykiatrisk udredning.

Jytte bliver indkaldt til for-samtale maj 2013. Herefter gik der ti måneder, før hun kom til samtale hos psykologen i det affektive ambulatorium. Hun blev herefter henvist videre til psykoseambulatoriet for nærmere udredning. Jytte venter herefter på en indkaldelse til samtale i psykoseambulatoriet i en længere periode. Efter at hun havde været til samtale i psykoseambulatoriet, men blev hun igen henvist tilbage til det affektive ambulatorium. Jytte står så nu på venteliste igen for at komme til samtale.

Indtil videre har forløbet været 1 år og 5 måneder. Jytte er i september 2014 opstartet i medicinsk behandling.

Den lange ventetid fra vurderingssamtalen til den videre udredning, samt ventetid mellem skiftene i de enkelte pakkeforløb forekommer problematisk.

Udredningen og behandlingen kommer til at tage u hensigtsmæssig lang tid, og det er vanskeligt at bibeholde borgerens motivation for behandling grundet manglende flow i systemet. Det vanskeliggør ligeledes den hjælp der tilbydes i det kommunale regi da den skal tilpasses resultatet af udredningen.

Vivis historie

Kvinde, 23 år. Vivi blev henvist til regionspsykiatrien med henblik på at få behandlingsforløb vedr. svær angst.

Vivi bliver indkaldt til for-samtale og her vurderes det, at det er nødvendig med en egentlig psykiatrisk udredning. Hun får diagnosen personlighedsforstyrrelse, men det er stadig svær angst, der fylder mest. Vivi henvises derfor til samtale i Angstambulatoriet, her skønner man, at man ikke har noget behandlingstilbud til hende, og hun bliver afsluttet. Behandlingspsykiatrien foreslår, at kommunen kan give hende en mentor fra Jobcentret. Behandlingspsykiatrien er tilsyneladende ikke bekendt med, at kriterierne for at få tildelt en mentor. Samtidigt kan det diskuteres hvorvidt det er mentorens opgave at yde ”behandlingen” for den psykiatriske lidelse.

Vi har en forventning om et behandlingsforløb da Vivi er præget af svær angst, Vivi selv er meget motiveret for gå i behandling, men ender med blot at få en udredning. Hun afsluttes med henvisning til at hun må have en mentor fra jobcentret.

Overordnet set har hvert system forskellige forventninger til hinanden og for lidt viden om hvad der er muligt inden for de rammer der er

Eksempel på samarbejdet med de praktiserende læger

Dette samarbejde har været meget afhængigt af hvilken læge der har været kontakt til. En læge har svaret på vores spørgeskema og givet udtryk for, at hun savner kommunikation, generelt set i kommunen. Hun mangler mere kommunikation

omkring, hvad der arbejdes på omkring borgere med mange problemstillinger. Det er et opmærksomhedspunkt fremover.

Herudover har projektet flere gange oplevet, at skulle gå i forhandling med læger for, at borgere kan få en henvisning til udredning. F.eks. havde en læge krav om 3 mdrs. ædru periode før vedkommende ville lave en henvisning. Ærgerligt, når vi har borgere der er motiveret, men allerede ved første step bremses af et system. Det giver en stor udfordring i forhold til at bibeholde motivationen hos borgerne. Der har dog også været et meget fint og tæt samarbejde med andre læger hvor tingene har fungeret upåklageligt, både omkring en henvisning til psykiatrisk udredning men også opfølgning omkring den medicinske behandling.

Opsamlede erfaringer og anbefalinger

Som en opsamling blandt deltagerne i det tværfaglig team/ fælleteamet er der udarbejdet en erfarings opsamlingsliste der beskriver ”hvad der virker” i arbejdet. Denne liste er sammenkørt med lignende erfaringer fra de fire andre projekter og præsenterer her efter.

Hvad har vi lært?

- De enkelte fagligheder skal kunne træde ud af deres egne kasser og være fleksible og villige til at se de andres perspektiv og træde ind i de andres faglige verden.
- De borgere, der er med i projektet, får positiv særbehandling – der gøres en ekstra indsats. Det vil blive svært at reproducere, hvis den integrerede indsats skal køre i almindelig drift, da det her vil være sværere at være fleksibel.
- Relationerne er meget personbårne i projektet, medarbejderne går langt for at hjælpe hinanden – det er ikke sikkert, at det vil være det samme, hvis den integrerede indsats var en del af almindelig drift.
- Projektet fungerer blandt andet fordi, man har så meget tiltro til hinanden, at man bøjer lokale regler og normer lidt, og er villige til at tage chancer. Det kræver opbakning fra hinanden og ledelsen.
- Det er ressourcekrævende, men samarbejdet betyder alt andet lige, at man på tværs af sektorer bruger og bygger oven på hinandens arbejde, og dermed er også kan blive lidt mere effektive.
- Noget af det, der er centralt for succes med borgerne, er vedholdenhed – at holde fast og blive ved med at opsøge, også selvom borgeren i perioder er uimodtagelig for hjælp. Indsatsen er derfor meget tidskrævende.
- Det kræves, at der er en ansvarlig som koordinerer indsatsen - altså fungere som tovholder og sikre indsatsen igennem systemet. Herunder koordination af mødeaktiviteter.
- Den langsigtede positive effekt for borgerne bliver en højre grad af selvhjulpne og bedre livskvalitet. Alt dette med udgangspunkt i den afgørende nødvendige udredning for at kunne give den rigtige behandling.

- Den etablerede kontakt mellem medarbejderne i de forskellige afdelinger og med regionens medarbejdere er medvirkende til, at det er væsentlig nemmere at kontakte hinanden også omkring andre borgersager fremadrettet.

Projektopsamling ultimo 2014 skrevet af

Gitta Stege, Projektleder Hedensted Kommune

Rasmus Krahn, Projektkoordinator Regionspsykiatrien Horsens