

Behandling af misbrugere skal samles ét sted!

Fagligt notat til regeringens udspil
Sundhed, hvor du er baseret på
behandlingscenteret KABS' erfaring.



"Behandlingen af misbrugere, herunder også psykisk syge misbrugere, skal samles under kun en myndighed. Behandlingen skal altid tage udgangspunkt i borgerens behov og problemer, og det forudsætter fleksibilitet, tværfaglighed, samarbejde med mange instanser og frem for alt tid. Tid til behandling!"

Rasmus Axelsson, centerleder i KABS



Indhold

Anbefaling	4
Baggrund og formål med notatet	5
Problemets omfang	6
Lidt om KABS	8
Organisering af behandlingen af dobbeltdiagnosticerede i KABS. .	10
Integreret behandling under samme tag	12
Erfaringer fra Specialambulatoriet KASA	15
Behandlingsparadigmet som grundsten i indsatsen	15
Faglige og personalemæssige forudsætninger	15
Tidlig udredning af barrierer for misbrugsbehandlingen	16
Identificering og inddragelse af relevante aktører	17
Tid som forudsætning for progression	18
Erfaringer fra Stjernevang	19
Teamarbejde	19
Fysisk indretning	19
Samarbejde med kommuner	19
Samarbejde med psykiatrien	20
Fleksibel indsats	21
Erfaringer fra Det Udkørende Team	22
Referencer	23
Bilag	
Diagnoser, hovedstoffer og udskrivningsårsager	24
KASA og Stjernevang	24
Hvidovre afdeling og Gentofte afdeling.	25
City afdeling	26

Behold misbrugs- behandlingen samlet

Efter regeringens udspil *Sundhed, hvor du er*, er debatten om dobbeltdiagnosebehandlings placering og ansvarsfordeling aktualiseret.

Med dette notat ønsker **KABS** at komme med et praksisnært indspark til overvejelserne baseret på 14 års erfaring med integreret behandling af borgere, som er afhængige af rusmidler og samtidig har en psykisk lidelse.

Nogle opgørelser peger på, at 40-60% af mennesker med et stofmisbrug også har en psykiatrisk lidelse. Det er således en stor del af vores sårbare medborgere, der har en dobbeltdiagnose. Borgere med både psykisk lidelse og misbrug lever desuden ofte med komplekse problemstillinger i form af eksempelvis ganske få sociale relationer, manglende sygdomserkendelse, hjemløshed eller øget kriminalitet. Blandingen af misbrug, psykisk lidelse og svære sociale forhold gør behandlingen af disse borgere kompliceret, og **KABS** anbefaler med udgangspunkt i egne erfaringer, at behandlerteams sammensættes af læger og psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, pædago-ger mv. for at sikre den nødvendige monofaglige, metodiske og tværfaglige ekspertise. At behandlingen foregår under samme tag og i tæt parløb er en gevinst for borgeren, misbrugsbehandleren og psykiateren.

Erfaringerne kan opsummeres således:

- Nogle borgere med samtidig rusmiddelafhængighed og psykisk lidelse har behov for at være på specialiserede afdelinger, der både varetager den psykiatriske og den misbrugsmæssige behandlingsdel. Andre kan behandles på ikke-specialiserede afdelinger med psykiatrisk tilsyn og mulighed for afdelingsskift.
- En specialiseret dobbeltdiagnosebehandling forudsætter integration, samtidighed og fuldstændig koordination af misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling.
- Specialiseret dobbeltdiagnosebehandling skal tilrettelægges i tværfaglige teams med personale, som både har erfaring med misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling.
- Behandlingen skal tilrettelægges efter borgerens problemstillinger og dermed fleksibelt og med mulighed for hurtige ændringer.
- Behandlingen forudsætter samarbejde med mange instanser, især med kommunale indsatser.
- Behandlingen tager tid.

Ansvar for den samlede misbrugsbehandling bør være samlet under samme myndighed. Herunder også behandling af borgere med dobbeltdiagnoser, så de ikke risikerer at blive flyttet frem og tilbage mellem forskellige myndigheders behandlingstilbud.

Baggrund og formål med notatet

Med regeringens udspil *Sundhed, hvor du er* ⁽¹⁾ er diskussionen om den rette ansvarsplacering af behandling af borgere med dobbeltdiagnoser atter aktualiseret. Behandlingen af disse borgere hører i dag under to forskellige behandlingssystemer – misbrugsbehandling under kommunerne og den psykiatriske behandling under regionerne. I regeringens udspil ⁽¹⁾ lægges der op til at behandlingen af borgere med dobbeltdiagnoser samles under regionerne.

Det samme fremgår af aftalen om regionernes økonomi for 2019, hvor det er tilføjet, at snittet i den konkrete ansvarsfordeling vil indgå i regeringens bebudede Sundhedsreform ⁽²⁾. Både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening med flere har siden regeringens udspil i december 2017 bidraget med input til, hvor behandlingen af denne målgruppe bør placeres ^(3,4,5). Senest har Sundhedsstyrelsen publiceret et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling ⁽⁶⁾.

Med dette notat ønsker vi, på baggrund af vores mangeårige erfaringer med integreret behandling af borgere med dobbeltdiagnoser, at belyse arbejdet med denne gruppe borgere og beskrive forudsætningerne herfor uanset om dobbeltdiagnosebehandlingen placeres i regionerne eller kommunerne.

Vores faglige notat er opbygget således, at der først gives en baggrundsviden om problemstillingerne og om antallet af dobbeltdiagnosticerede borgere samt om KABS' organisering af behandlingen af dobbeltdiagnosticerede borgere.

Derefter beskrives en række forudsætninger, som efter vores opfattelse bør medtænkes i behandling af dobbeltdiagnosticerede.

Sidst følger en beskrivelse af arbejdet i to af vores behandlingsafdelinger; KASA og Stjernevang, som arbejder med denne målgruppe og endelig en beskrivelse af arbejdet i Det Udkørende Team, der behandler belastede borgere i en kaotisk livssituation, som ikke formår at fremmøde i en afdeling.



Problemetets omfang

Psykiske lidelser blandt mennesker med misbrug af rusmidler er velkendte – nogle opgørelser peger på, at 40-60% af mennesker med et stofmisbrug også har en psykiatrisk lidelse ⁽⁷⁾. I Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse over narkotikasituationen fremgår det, at der de sidste ti år er sket en markant stigning af mennesker behandlet i psykiatrien med en stofrelateret bidiagnose. Stigningen ses mest i forhold til bidiagnoser relateret til cannabis (8). Samtidig peger Kommunernes Landsforening i deres udspil på, at der de seneste år er sket en stigning af sårbare, skrøbelige unge, som både kæmper med misbrug og psykisk lidelse som fx personlighedsforstyrrelser ⁽⁵⁾.

Det er en væsentlig pointe, at dobbeltdiagnosticerede mennesker ofte karakteriseres med komplekse problemstillinger udover den psykiatriske lidelse og misbruget. Det drejer sig bl.a. om nedslidte eller få sociale relationer; hyppige akutindlæggelser og afgiftninger; hurtigere sygdomsudvikling (f.eks. udvikling af psykose);

øget risiko for selvmord; øget kontakt til politi og kriminalforsorg; dårlig boevne; manglende sygdomsindsigt; afbrudte behandlingsforløb og hyppigere genindlæggelser; overdødelighed og kortere levetid; mv. ^(10,11). Forværringen af dobbeltdiagnosticeredes livssituation kan dels forklares med, at de to problemstillinger forstærker hinanden, dels at behandlingen som bekendt er fragmenteret, hvorved borgeren lander mellem to stole ^(7, 10, 11).

Det er naturligvis ikke alle mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, der har ovenstående karakteristika, men behandles de to lidelser ikke, er risikoen for yderligere udvikling af problemer overhængende. Det er imidlertid langt fra alle mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug der bliver udredt og diagnosticeret ¹. Mennesker med stofmisbrug udskrives generelt

¹ KABS' speciallæger i psykiatri udreder løbende de borgere, der indskrives i KABS' misbrugsbehandling. I KABS Årsrapport 2014 fremgår en opgørelse fra 2014 over de psykiatriske diagnoser (7).

hurtigt fra psykiatrien, da stofmisbrug traditionelt har været et udelukkelseskriterium i psykiatrien ⁽⁷⁾. En undersøgelse fra 2011 viste, at 85% af borgere med psykisk sygdom og misbrug i alderen 20-29 år ikke var i misbrugsbehandling ⁽¹²⁾. Den manglende hjælp til psykiske problemer og problemer med rusmiddelbrug har den konsekvens, at borgeren ofte får svært ved at samarbejde med og tage imod andre tilbud. Det kan fx dreje sig om uddannelses- og beskæftigelsestilbud, fritidsaktiviteter, etablering af sociale relationer, bolig mv. ⁽¹¹⁾.

I et projekt igangsat af KABS afprøvede man en model, hvor socialsygeplejersker blev placeret i psykiatrien for på den måde at bygge bro mellem det psykiatriske personale og de psykiske syge patienter med stofmisbrug. Projektet viste, at personalet manglede generel viden om stofmisbrug og i begyndelsen havde meget svært ved at rumme stofmisbrugsproblematikken og behandle den adækvat. Dog var der blandt det involverede personale positiv respons på de input, de med tiden fik fra socialsygeplejerskerne, selvom psykiatrien – i modsætning til somatikken – ikke fortsatte med at have socialsygeplejersker ansat efter projektets afslutning ⁽¹¹⁾.

Udover de menneskelige omkostninger ved manglende eller ikke optimalt behandlede dobbelt-diagnoser, har det også økonomisk betydning. I Danske Regioners fælles udspil fremgår det, at "72% af de borgere, der lider af psykisk sygdom og samtidig misbrug, hører til de ti mest omkostningsfulde patienter i sundhedsvæsenet" ⁽³⁾.

I en ny undersøgelse af socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet fremgår det, at antallet af borgere med psykisk lidelse og stofmisbrug i 2014 udgjorde 39.212 personer, heraf var 9.038 hjemløse, havde været i fængsel eller havde en misbrugsrelateret kronisk fysisk lidelse. Nettoudgifterne til gruppen udgjorde i 2014 9,8 mia. kr. ⁽⁹⁾.

Der er således tale om en stor, og formentlig voksende gruppe, som er underbehandlet i misbrugsbehandlingsregi, vanskelig at behandle i behandlingspsykiatrien og omkostningstung i såvel sundhedsvæsenet som samfundet som helhed. Med den store forekomst af psykisk sygdom og samtidigt misbrug, forekommer det vanskeligt at søge en afgrænsning af gruppen, som kan anvendes som grundlag for en opdelt ansvarsplacering af misbrugsbehandlingen. Man må derfor frygte, at en opdeling af ansvaret for misbrugsbehandlingen igen vil afstedkomme, at nogle brugere ikke opnår den rette behandling.





Lidt om KABS

KABS blev etableret i 2001 som misbrugscenter i Københavns Amt og blev i forbindelse med kommunalreformen i 2007 overtaget af Glostrup Kommune.

KABS har siden 2007 fortsat varetaget stofmisbrugsbehandlingen for en lang række kommuner, primært i det tidligere Københavns Amt, og borgernes bopælskommune har finansieret behandlingen gennem takster for lægelig behandling og intensitetsopdelte takster for social behandling. Fra 2018 varetager KABS også behandling af alkoholmisbrugere – ligeledes på baggrund af takstfinansiering. Glostrup Kommunes borgere udgør kun en mindre del af det samlede antal behandlede borgere i KABS. Taksterne er beregnet efter styringsprincipperne angivet af KKR Hovedstaden og visitationsprocessen er tilrettelagt i samarbejdsaftaler med de enkelte kommuner.

Myndighedsansvaret for behandlingen påhviler således den enkelte kommune og KABS udfører behandlingen på baggrund af delegation af den lægelige behandling og kommunale visitation af den sociale behandling. Ofte vil der i behandlingsforløbet være tale om et tæt samarbejde mellem KABS og den enkelte kommune.

Med denne organisatoriske placering er KABS således en kommunal enhed og samtidig en ekstern leverandør for andre kommuner.

KABS har i dag fem afdelinger med forskellige målgrupper og dertilhørende specialisering. I alle afdelinger ydes social behandling. I skemaet nedenfor fremgår elementerne i den lægelige behandling.

	OPIOIDAFHÆNGIGHED	HASH/STIMULANTIA-AFHÆNGIGHED
KASA	Lægelig udredning, Substitutionsbehandling, Psykiatrisk behandling	Lægelig udredning, Psykiatrisk behandling
Stjernevang		Lægelig udredning, Psykiatrisk behandling
City		Lægelig udredning, Psykiatrisk tilsyn og behandling efter behov
Gentofte	Lægelig udredning, Substitutionsbehandling, Psykiatrisk tilsyn og behandling efter behov	
Hvidovre	Lægelig udredning, Substitutionsbehandling Psykiatrisk tilsyn og behandling efter behov	

Alle afdelinger har tilknyttet læger – almen medicinere eller psykiatere – som er under ledelse af en ledende overlæge. Lægerne er dermed tilknyttet afdelingerne i en matrix-organisation.

Aktuel personalenormering på afdelingerne:

	CITY	GENTOFTE	HVIDOVRE	KASA	STJERNEVANG
Socialrådgiver	6,8	5,0	7,0	1,0	4,8
Socialpædagog	2,5	5,9	6,0	1,8	9,0
Psykolog	2,0	1,5	1,4	0,7	3,0
Sygeplejerske	2,0	6,5	10,1	2,7	3,9
Sosus-assistent	0,0	0,8	2,0	1,0	2,0
Afdelingslæge	0,2	1,6	2,4	0,0	0,0
Psykiater	0,0	0,0	0,0	0,5	1,6
Andre	1,0	0,0	0,9	0,2	2,6

Organisering af behandlingen af dobbeltdiagnosticerede i KABS

Tilbuddet til mennesker med alvorlig psykisk sygdom og stofafhængighed blev etableret i 2004 (KABS KASA).

Baggrunden var en erkendelse af komorbiditet mellem psykisk sygdom og stofmisbruget, manglende behandlingstilbud til målgruppen og ønsket om at benytte et integreret tilbud for dobbeltdiagnosticerede borgere. Tilbuddet var i starten primært for psykisk syge borgere med opioidafhængighed, men i dag behandles også borgere med hash- og stimulantafhængighed.

I 2011 etablerede KABS et behandlingstilbud til psykisk syge borgere med hash- og stimulant-

afhængighed (KABS Stjernevang). Forskellen mellem de to afdelingers målgrupper vedrører den psykiatriske lidelses alvorlighed og misbrugets belastningsgrad, hvilket bl.a. kommer til udtryk i behandlingens længde i de to afdelinger.

Siden etableringen af egentligt dobbeltdiagnosebehandling har kommunerne efterspurgt tilbudene i KABS i stigende omfang. Såvel KABS KASA som KABS Stjernevang har øget behandlingskapaciteten gennem årene som følge heraf.

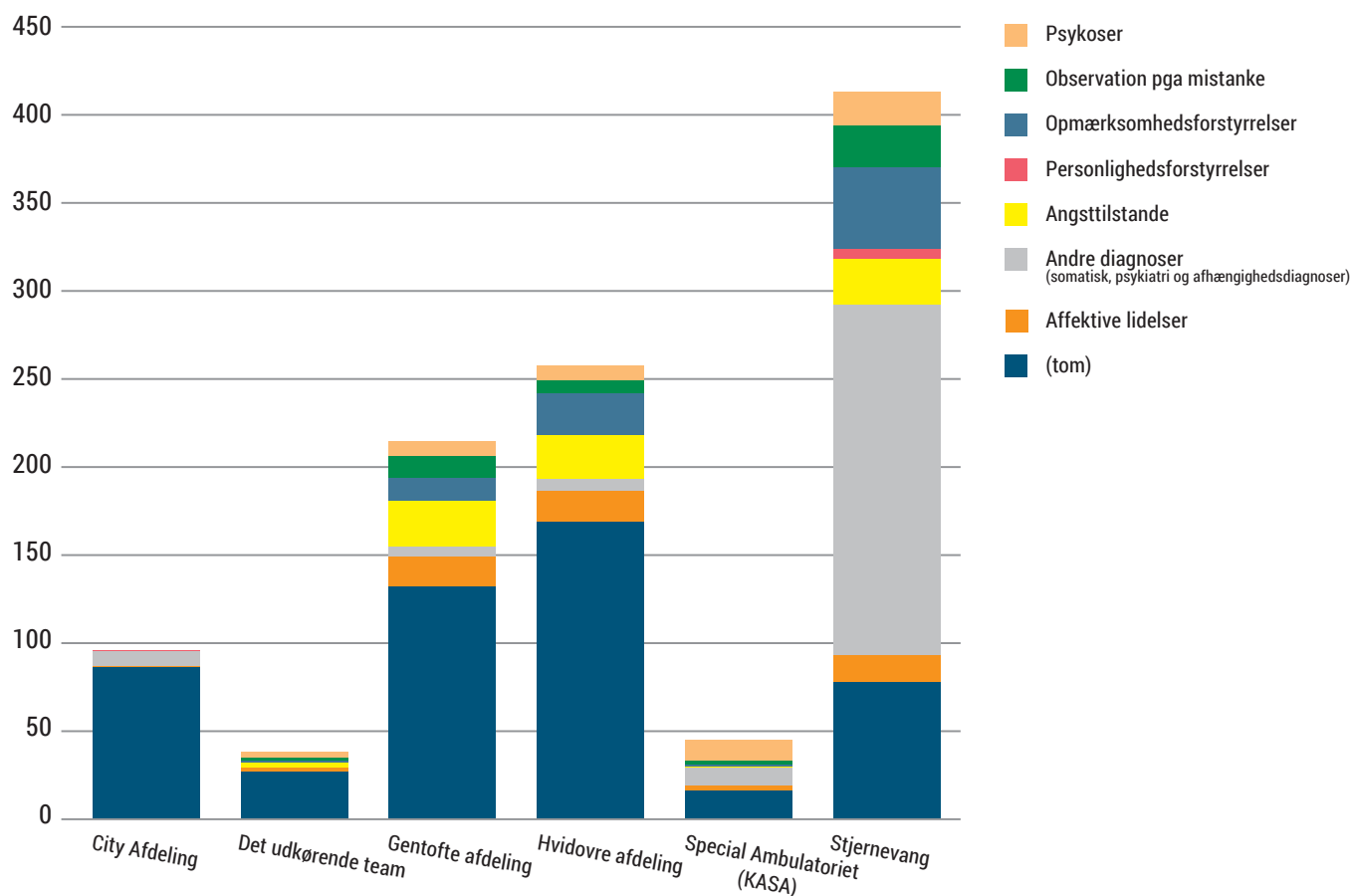
ANTAL CPR	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
KASA	38	41	36	38	42	39	43	35
Stjernevang	85	99	107	176	216	240	275	199
ÅRSVÆRK	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
KASA	28	29	28	26	29	30	30	35
Stjernevang	33	44	40	92	117	133	140	199

*Opgjort pr 20. april 2018

Samtidig kan det konstateres, at psykisk sygdom og misbrug ikke alene er knyttet til de to specialiserede afdelinger. Figuren på næste side viser, at der er borgere med psykisk sygdom på alle

afdelinger i KABS – men det er muligt at etablere misbrugsbehandling for disse borgere på ikke-specialiserede afdelinger (med tilsyn fra psykiater).

Figuren viser omfanget af diagnoser på borgere som behandles i KABS



Figurforklaring:

- Opgjort 20. april 2018.
- Diagnosegrupperingerne omfatter hver især en lang række diagnoser.
- "Tom" betyder at der ikke er stillet en diagnose. Dette er imidlertid ikke udtryk for at der ikke er tale om psykisk sygdom, men at den endnu ikke er observeret eller mulig at stille.
- En person kan have flere diagnoser – i Stjernevang har en bruger med en psykiatrisk diagnose i gennemsnit 2,5 diagnoser. For KABS som helhed er gennemsnittallet 1,8. En person kan derfor optræde flere gange i figuren.
- Der er nærmere redegjort for tallene på de enkelte afdelinger i bilag 1.

Integreret behandling under samme tag

Det er vigtigt, at behandlingen af borgere med samtidig rusmiddelaafhængighed og psykisk lidelse integreres, således at begge problematikker behandles samtidig, allerede fra første henvendelse.

Borgeren kan have været syg siden tidlig ungdom og måske have en historik vedr. psykiatrisk behandling. Et misbrug kan starte og accelerere hvis personen oplever, at nogle af symptomerne kan dæmpes eller at nogle af problemerne kan håndteres med rusmidler. Der opstår derved en form for selvmedicinering.

Når misbrugshistorikken afdækkes viser det sig, at mange på denne måde har "behandlet" sig selv i 10 år eller mere. Når der søges om hjælp er det oftest fordi denne selvmedicinering har givet bagslag og sygdomsbilledet forværres, og borgerens løsningsmodel er faldet fra hinanden. Det kan dreje sig om en misbrugende psykiatrisk patient som er under- eller ubehandlet og hvor det er psykiaterens opgave at stabilisere og medicinere så symptombilledet bliver mere fredeligt. Det gør, at misbrugsbehandlingen med større sandsynlighed kan lykkes, fordi vedkommende ikke er hallucineret, ikke er angst eller opmærksomhedsforstyrret i samme grad, som da vedkommende startede i behandling. Sideløbende med den psykiatriske behandling gennemføres misbrugsbehandlingen, således at et stort misbrug dæmpes og stabiliseres. Når det kaotiske misbrug dæmpes, bliver det lettere at lykkes med medicineringen af de psykiatriske symptomer. Psykiateren får et klarere billede af de psykiatriske symptomer, fordi misbruget stilner lidt af.

Danny Reving, speciallæge i psykiatri, ledende overlæge i KABS:

"Stofudviklingen er typisk som følger: Borgeren går i gang på et lavt niveau af stoffer, skruer op til nogle gange et ganske betydeligt niveau og så kører det derfra. De finder ud af, at det er noget der virker, indstiller niveauet og så holder de det ved lige. Holder korterevarende pauser og falder tilbage igen år ud og år ind. Langt de fleste skruer temmelig hurtigt op allerede fra 15-16 års alderen. Når de har fundet noget der virker, holder de fast i det. Når der så er gået 10-12 år bliver sygdomsbilledet forværret, så begynder de at få depressioner, stofudløste psykoser, angstlidelser mv. Konsekvenserne over en årrække er ganske kedelige - de kan ikke længere huske eller tage sig sammen til noget og ofte ved de godt, at det skyldes hashmisbruget. Så løsningsmodellen er faldet fra hinanden, når de kommer og søger hjælp."

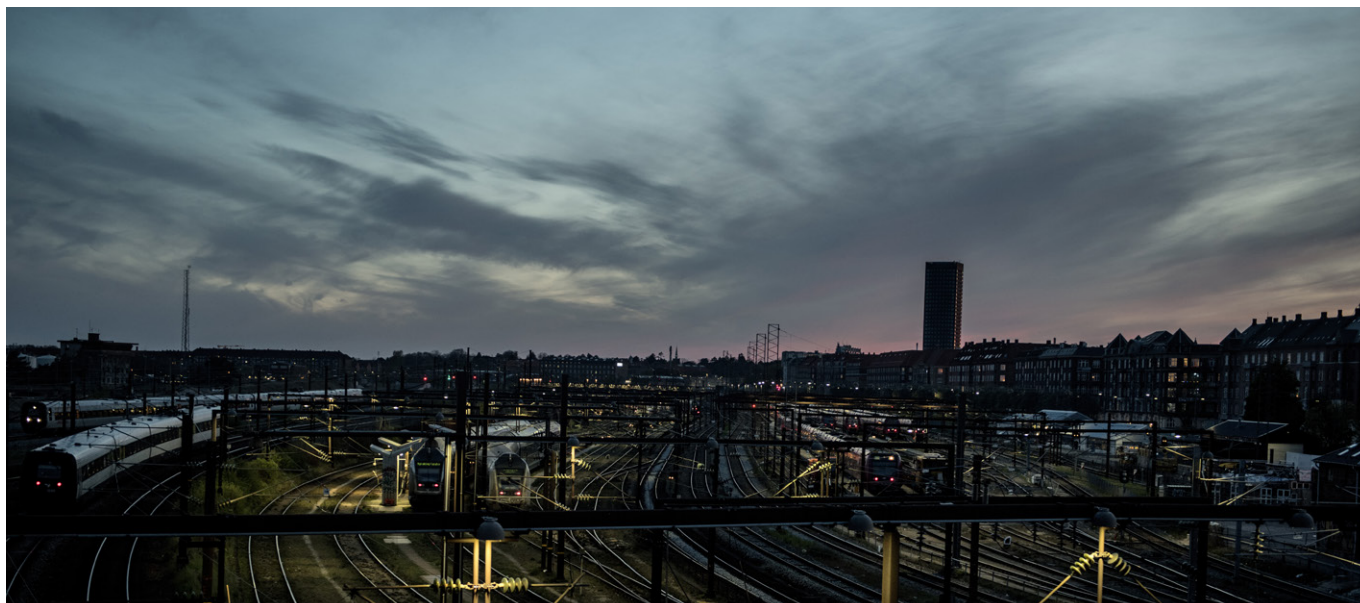
En adskilt behandling ville blive fragmenteret og begynde at smuldre. De to behandlingsdele kan ikke adskilles. At behandlingen foregår under samme tag og i tæt parløb er en kæmpe gevinst for borgeren, misbrugsbehandleren og psykiateren.

Det, der kendetegner KABS' behandling af borgere med såvel psykiske symptomer og misbrug er:

- at behandlingen er integreret og under samme tag.
- at behandlerne får skabt en fortrolig og respektfuld relation til borgeren ved at tage udgangspunkt i det enkelte individ og dermed et individuelt og fleksibelt behandlingsforløb.
- at behandlingen varetages af højt uddannede og dedikerede behandlere, hvor tværfagligheden dagligt kommer i spil – i KABS drejer det sig om et tæt ligeværdigt tværfagligt teamsamarbejde mellem psykiaterne, psykologerne, sygeplejerskerne, socialrådgiverne, pædagogerne, musik- og kunstterapeuterne.
- at personalet har erfaring med både behandling af psykisk lidelse og rusmiddelafhængighed.
- at der optages systematiske misbrugsanamneser på borgeren; hvor man er nysgerrig på misbruget, dets funktion, dets start, dets historik.
- at der screenes systematisk for psykiske lidelser
- at der i videst mulige omfang, tages hånd om alle borgerens problematikker, ofte i samarbejde med kommunen.
- at der undertiden er tale om livslang behandling, som løbende må skrues op og ned og at der er fokus på efterbehandlingsforløbet; når misbruget er stoppet, nytter det ikke noget at behandlingsforløbet stopper. Her er betydningen af tilbagefaldsforebyggende behandling afgørende for at mindske risikoen for tilbagefald.
- at behandlingen er fleksibel og hurtig kan ændres i forhold til borgerens situation.

Danny Reving, speciallæge i psykiatri, ledende overlæge i KABS:

"Nogle gange forsvinder denne type patienter under radaren, er ude af søgelyset, til trods for at man igen og igen kontakter dem. Her er det vigtigt at være vedholdende, ikke give slip, for ellers kan man være helt sikker på at de falder ud og så skal de genindskrives efter en måned eller to. Det kræver også, at man har et set-up, der kan acceptere, at de nogle gange bare ikke dukker op. Nogle gange skal man tage ud til dem. Det gælder alle fagligheder, det kunne også være lægen, som byder ind, for ellers kan man ikke komme videre. Fra den ene dag til den anden, skal man kunne sadle om, fra det der lignede et standard ambulans forløb, til noget der ligner et opsøgende teamarbejde, fordi patientens tilstand lige pludselig kan svinge. Det kan være den psykiatriske sygdom der spiller et puds, misbruget der eskaleres, det kan være et dødsfald i familien. Det vi troede vi havde gang i, ser man lige pludseligt smuldre. Så nytter det ikke noget, man har en stiv, regelbundet tankegang. Så må man sige: Nå, der røg plan A i vasken, nu kigger vi på plan B og lægger også en plan C. Kreativiteten og tværfagligheden skal i spil, hvis ikke den kommer i spil, falder behandlingsforløbet fra hinanden".



Forudsætningerne for at yde god behandling til borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug, er:

- at medarbejderne har kompetencerne til at kunne behandle både misbrug og psykiske lidelser.
- at alle involverede er klar over
 - at udredningen er kompleks og tager tid.
 - at der ofte skal tages hånd om mange problemstillinger.
 - at fremmødet ofte er vanskeliggjort.
- at behandlingsarbejdet tilrettelægges tværfagligt, brugerinddragende og fleksibelt.

Danny Reving, speciallæge i psykiatri, ledende overlæge i KABS:

"Det kan være at en patient er blevet udskrevet fra indlæggelse med en ændret medicinsk behandling, f.eks. for kraftigt nedsat dosis af et præparat. Via medarbejder får jeg at vide at han virker usammenhængende, at noget har ændret sig. Derved bliver jeg opmærksom på at han har taget for meget medicin af den ene type og får for lidt af en anden. Og så skal der handles. I det konkrete eksempel måtte jeg fjerne det ene lægemiddel, da jeg mente det gjorde ham ustabil og samtidig øge et andet hurtigt. Det vil sige at der blev handlet her og nu på en rapport uden at jeg havde set patienten, men får viden fra personalet der har kendt ham i flere år og som hurtigt ser ændringen. I sådan et tilfælde nytter det ikke noget at behandlerne ikke har den direkte kontakt og tilgængelighed til speciallægen, da det ikke kan vente til næste uge, hvor en lægekonsulent er tilstede. Det dur bare ikke og kan få store konsekvenser for patienten. Man skal kunne gå lige ind til speciallægen og spørge om råd. Handle med det samme. Den fuldstændige integration mellem misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er essentiel".

Erfaringer fra Specialambulatoriet KASA

Specialambulatoriet KASA har siden 2004 varetaget integreret behandling for borgere med dobbeltdiagnose.

KASAs optag omfatter borgere indenfor et bredt spektrum af psykiatriske diagnoser, bestående af depression, angst, ADHD samt personlighedsforstyrrelser, skizofreni, bipolar lidelse mv. En stor del af borgerne modtager substitutionsbehandling, og har ofte et sidemisbrug af benzodiazepiner, centralstimulerende stoffer og cannabis. Desuden har en større del af brugergruppen alkoholafhængighedssyndrom.

Behandlingsparadigmet som grundsten i indsatsen

I KASA er virksom dobbeltdiagnosebehandling forbundet med et behandlingsparadigme, der tilsigter individuel og situationsbestemt tilpasselse. Standardiseret behandling eller pakkeforløb er ikke tilrådelige, idet erfaringen fra KASA viser nødvendigheden af at etablere individuelle og fleksibelt tilrettelagte behandlingsforløb, hvis man vil opnå behandlingssucces med målgruppen. Behandling som udelukkende tager afsæt i eksempelvis diagnosen, misbrugsstoffet eller en kombination af disse to faktorer, vil i mange tilfælde skyde forbi målet. Den individuelle tilpasselse af behandlingen betyder, at der tages udgangspunkt i borgerens behov, mål og ønsker, og ikke i på forhånd fastlagte behandlingsmæssige ydelser. Kvalificeret behandling forudsætter ikke kun et bredt fagligt kundskabsgrundlag, men at behandlingen er værdibaseret, med værdier der løbende adresseres og omsættes. Vellykket dobbeltdiagnosebehandling kræver værdier som rummelighed, nytænkning, tålmodighed og ikke mindst interesse for det enkelte menneskes særegenhed og ressourcer.

Faglige og personalemæssige forudsætninger

Dobeltdiagnosebehandling bør varetages af fagprofessionelt personale med en høj grad af psykiatrisk viden og erfaring, således at behandlerne ikke overser, misforstår eller fejlfortolker symptomer eller bevæggrunde for den enkelte borgers misbrugsmønster. Psykiatrisk viden er i sig selv ikke tilstrækkeligt, da en kvalificeret behandling fordrer misbrugsfaglighed, herunder teoretisk viden og metodiske færdigheder ift. rusmiddelafhængighed. Begge ekspertiser er nødvendige i forhold til at sikre en integreret behandlingsindsats, hvor det enkelte fagområde kvalificerer og supplerer det andet. Desuden må personlige kompetencer som omstillingsparathed, tålmodighed, engagement og indfølelse fremhæves som centrale kompetencer hos den enkelte fagprofessionelle. Behandlingen bør organiseres med teamstruktur for en dynamisk opgaveglidning til de enkelte faggrupper. Det anbefales, at behandlerteams sammensættes af hhv. somatiske og psykiatriske speciallæger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger mv. for at sikre den nødvendige monofaglige, metodiske og tværfaglige ekspertise. Desuden skal afdelingsledelsen have beslutning og handlekompetence i forhold til behandlingstilrettelæggelse og drift samt understøtte udvikling af selvledende teams. Behandlerteams bør ikke organiseres med en for omfattende brugerportefølje, hvilket blandt andet begrundes i tyngden af de problemforhold målgruppen repræsenterer². Konsekvensen af en omfattende brugerportefølje er, at der ikke er tilstrækkeligt med

tidsmæssige ressourcer til at tilbyde en sufficient behandlingsmæssig indsats. Behandlerteams bør kontinuerligt sikres opkvalificering med relevante kurser samt efteruddannelse, ligesom supervision bør tilbydes løbende.

Tidlig udredning af barrierer for misbrugsbehandlingen

Dobbeltdiagnosticerede borgere er ofte kendetegnet ved multiple problemer i form af bl.a. hjemløshed, isolation, kaotisk økonomi, familierelaterede problematikker, somatiske følgesygdomme, fravær af beskæftigelse mv. En kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling forudsætter, at behandlingsinstitutionen så tidligt som muligt og i samarbejde

med brugeren afdækker, hvilke problemforhold der udgør en barriere for udbyttet af behandlingen⁽¹³⁾. I praksis forudsætter effektiv dobbeltdiagnosebehandling således en opmærksomhed på de multiple støttebehov, målgruppen repræsenterer. Hermed dannes grundlag for en helhedsorienteret behandling, der både målrettes misbruget og de konkrete psykiske lidelser, men også det støttebehov, der løses gennem samarbejde med eksterne aktører og andre foranstaltninger.

Nedenstående case afspejler, hvorledes opmærksomhed på støttebehovet foranlediger yderligere tildeling af anden foranstaltning som led i dobbeltdiagnosebehandlingen.

CASE

Pernille er en 24-årig kvinde, der bliver henvist til KASA med henblik på behandling af et omfattende kokainmisbrug samt et stort alkoholoverforbrug med et stærkt selvdestruktivt element. Dertil er Pernille diagnosticeret med en adfærdsforstyrrelse samt mental retardering af lettere grad. Pernille har i løbet af sin barndom flere gange været henvist til psykolog og psykiater samt været tilknyttet flere opholdssteder pga. adfærdsmæssige problemer, herunder svært udadreagerende adfærd. Pernille bor i egen lejlighed, men har brug for støtte til praktiske forhold i hjemmet. Hun har fået tildelt en hjemmevejleder efter Servicelovens § 85, men oplever, at tiden til den praktiske hjælp er for afgrænset, og at samarbejdet er vanskeligt, idet hjemmevejlederen ikke formår at omsætte hjælpen på relevant vis. Pernilles forældre varetager derfor en lang række støttedunk-

ner ifht. økonomi, transport og koordinering af kontakt til diverse instanser. Begge forældre udviser tegn på krise efter fejlslagne forsøg på at få relevant behandling og støtte til deres datter, hvorfor de tilbydes pårørendesamtaler ved KASAs psykolog. Efter kort tid står det klart, at den behandlingsmæssige indsats ikke kun bør rettes mod Pernilles kognitive vanskeligheder samt løbende motivationsarbejde i forhold til misbruget. Indsatsen bør i ligeså høj grad tilrettelægges som en langsigtet plan, der skal fremme funktionsniveauet gennem selvstændiggørelse og tilegnelse af praktiske færdigheder. Gennem samarbejde med Pernilles kommunale sagsbehandler fastlægges plan for tilknytning til et botilbud efter Servicelovens § 107 samt opnormering af hjemmevejlederens ugentlige støttetimer, indtil endelig afklaring af botilbud foreligger.

Pernille er et opdigtet navn.

² Den primære behandler bør ikke have mere end otte brugere.

Identificering og inddragelse af relevante aktører

Dobbeltdiagnosebehandling bør altid tage sigte på at støtte borgeren i kontakten til andre relevante aktører gennem behandlingsforløbet. For at sikre en helhedsorienteret og koordineret indsats, bør der kontinuerligt fokuseres på at identificere og inddrage de aktører, der er medvirkende i den samlede rehabiliteringsplan. Dette skal foruden at sikre sammenhæng mellem dobbeltdiagnosebehandling og parallelle indsatser, skabe overblik for borgeren ift. hvilke fagprofessionelle aktører,

der er inddraget i dennes behandlingsplan. I KASA samarbejdes der typisk med kommunerne, egen læge, kriminalforsorgen, almenpsykiatrien, distriktskykiatrien og sundhedsfagligt personale i somatisk regi mv. Eksempler på parallelle indsatser kan være beskæftigelsesrettede afklaringsforløb, støtte til udvikling af færdigheder i hjemmet, retspsykiatriske foranstaltninger, gældsrådgivning, tandbehandling, somatisk udredning etc. .

Følgende case afspejler både, at progression skabes over tid og nødvendigheden af at inddrage andre relevante aktører i indsatsen.

CASE Muhammed er en 38-årig mand, der henvises til KASA til behandling for hashmisbrug. Da Muhammed først tilknyttes huset, er han så præget af et årelangt og massivt hashforbrug, at han ofte ikke formår at møde op i behandling. Gennem det første år af behandling forsøges der kontinuerligt at skabe kontakt til og motivere Muhammed til at møde op i KASA. Dette gøres i stor udstrækning via behandlingssamtaler i Muhammeds hjem. Hjemmet fremstår svært ufremkommeligt, hvorfor Muhammeds kommunale sagsbehandlere inddrages ift. tildeling af hjemmevejleder efter Servicelovens § 85. En hjælp, Muhammed finder brugbar. Muhammeds hashforbrug har desuden foranlediget en omfattende gæld, hvorfor hans gældsposter afklares og han ledsages til professionel gældsrådgivning. Muhammed er indledningsvist præget af store hukommelsesproblemer samt stor ambivalens i forhold til at nedsætte sit hashforbrug. Med vedholdende, respektfuld kontakt med understøttelse af Muhammeds egne ønsker om

forandring, integreres han langsomt i KASA og begynder gradvist at deltage i de behandlingsrettede aktiviteter i form af bl.a. psykologsamtaler, den miljøterapeutiske café, motionsgruppe samt individuelle behandlingssamtaler. Desuden bliver der stillet en psykiatrisk diagnose og han modtager relevant medicinsk behandling herfor. Over en periode på endnu et års behandling lykkes det Muhammed at stoppe sin hashrygning helt, hvilket betyder at han skal til at forholde sig til sin egen identitet på en helt ny måde. I denne periode støttes Muhammed til et relevant samarbejde med jobcentret, der både involverer indhentelse af relevante sagsakter, en speciallægeundersøgelse samt ledsagelse til møder i jobcenteret, der slutteligt munder ud i tildeling af et ressourceforløb efter Beskæftigelsesindsatslovens § 68a. Ved udskrivning fra KASA nærmer Muhammed sig så småt arbejdsmarkedet gennem virksomhedspraktikker, hvilket han aldrig tidligere i sit liv er lykkedes med.

Muhammed er et opdigtet navn.

Tid som forudsætning for progression

I KASA udgør tid en af de vigtigste forudsætninger for en kvalificeret og vellykket dobbeltdiagnosebehandling. Som anført bør behandlingen koordineres og rettes mod de ofte multiple problemforhold, der er medvirkende til, at borgeren fastholdes i misbruget (13). En vigtig forudsætning herfor er, at der afsættes de fornødne tidsmæssige ressourcer til koordinering af parallelle indsatser. Dette fordrer, at der er tid til løbende informationsudveksling, mødevirksomhed og udfærdigelse af interne og eksterne indsatsplaner samt eventuelle fælles indsatsplaner. Dertil bør der i behandlingen indeholdes tid til systematisk opfølgning på parallelle indsatser for at sikre, at indgåede aftaler mv. kontinuerligt afstemmes med den aktuelle situation. Tid er tillige en afgørende faktor for det relationelle arbejde. Har behandlingsstedet ikke den fornødne tid til at opbygge et tillidsfuldt samarbejde med borgeren, vil forsøg på initiering af psykiatriske udredning og behandling af mis-

bruget komme til kort, idet borgeren ofte ikke vil være i stand til at tage imod den. Dette skyldes, at mange dobbeltdiagnosticerede, udover de nævnte diagnostiske hovedkategorier, også lider af PTSD og/eller tilknytningsforstyrrelser grundet svært belastende opvækstvilkår. Mange dobbeltdiagnosticerede møder derfor i behandling med en helt grundlæggende ambivalens og problemer med basal tillid. Det tidsmæssige forbrug bør altid afstemmes fleksibelt ift. den konkrete borgers samlede livssituation og behandlingsbehov. Desuden bør dobbeltdiagnosebehandling altid udgå fra en forståelse af, at progression kræver tid, og at behandlingsforløb periodisk involverer regression og stilstand. Derfor er det ikke tilrådeligt, at behandlingen tilbydes i en på forhånd defineret og afgrænset periode.

Følgende case afspejler betydningen af tid som funktion for hhv. behandlerrelationen og progression i behandlingen.

CASE

Susan er en 54-årig kvinde, der har været i behandling i KASA for et kaotisk blandingsmisbrug af hash, alkohol, benzodiazepiner og indimellem også central-stimulantia. Susan har gennemlevet en svært traumatisk opvækst med vold, misbrug og andre former for groft omsorgssvigt. Susan har en god begavelse, men er så svært præget af kaotiske tanker og indre uro, at hun har vanskeligt ved at målrette sin tænkning og sin adfærd. Susan kan være verbalt udsældende og devaluerende, og var i sine unge år også fysisk udadreagerende. Hun er som følge af dette blevet bortvist fra en række forskellige institutioner og behandlingssteder, før hun blev indskrevet i KASA. Susan har et stort ønske om at få et stille og roligt liv med kontakt til enkelte venner og familiemedlemmer, men frustreres nemt og kommer derfor ofte i konflikt med andre mennesker. Susan tager både imod medicinsk, psykosocial samt psykologisk behandling i KASA.

Indsatsen består gennem en længere periode af psykosociale behandlingsydelser i form af ledsagelse, deltagelse i den miljøterapeutiske café samt motiverende samtaler. Behandlingseffekten er i en årrække objektivt set begrænset, formentlig pga. det massive blandingsmisbrug. Susan gør visse fremskridt i forhold til basal egenomsorg og nærmer sig, efter flere års behandling, en parathed til at reducere sit misbrug. Kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling for Susan er i vidt omfang en rummelig og omsorgsfuld tilgang fra behandlerteamet, der kan håndtere en til tider stærkt devaluerende adfærd og som er i stand til at gribe de situationer, hvor hun er parat til at arbejde mere målrettet med sine forandringsønsker. En væsentlig forudsætning for behandlingen er tid og tålmodighed. Susan udtalte jævnligt om sin tid i KASA, at hun ikke var i tvivl om, at KASA var med til at redde hendes liv.

Susan er et opdigtet navn.

Erfaringer fra Stjernevang

Stjernevang har siden 2011 varetaget behandlingen af psykisk syge hash- og stimulantmisbrugere. Fra 2018 også psykisk syge alkoholmisbrugere.

Til forskel fra KASA er der ikke substitutionsbehandling (for eksempel metadonbehandling) på Stjernevang og forskellen mellem de to afdelingers målgrupper vedrører primært den psykiatriske lidelses alvorlighed samt misbrugets belastningsgrad. Antallet er borgere i behandling er vokset fra 33 i 2011 til mere end 200 i 2018. Søgningen til Stjernevang er voksende, fordi behandlingstilbudet til denne gruppe kun findes i meget begrænset omfang andre steder.

Teamarbejde

For at tilgodese de multiple behov og problematikker, som borgerne i Stjernevang har, er behandlingen organiseret i tværfaglige teams, som hver har tilknyttet en speciallæge i psykiatri. De tværfaglige team skaber muligheden for at kunne arbejde integreret med problemstillinger inden for alle aspekter af borgerens liv. De fleste borgere i Stjernevang ønsker at gennemføre en uddannelse eller opnå tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette kræver, at misbrug og psykisk lidelse ses som integrerede problemer, som påvirker alle dele af borgerens liv.

Det tværfaglige team er placeret i samme kontor, således at der kontinuerligt kan foregå tværfaglig sparring, så aktuelle problematikker kan håndteres i dagligdagen. Ydermere afholdes der ugentligt tværfaglig behandlingskonference med deltagelse af hele teamet og psykiatrisk speciallæge, hvor komplicerede sager drøftes og kvalificeres. Teamet organiserer selv deres arbejde, så behandlerne har mulighed for at tilrettelægge behandlingen så fleksibelt som muligt for derved at kunne tilgode-

se de behov borgerne har. Dette bevirker ydermere, at teamet hele tiden kan respondere på behov, problematikker og ønsker og at borgeren dermed får relevant behandling hurtigt.

Fysisk indretning

På afdelingen er søgt skabt et miljø hvor der er mulighed for at isolere sig fra andre, søge støtte og opholde sig i et frirum, hvor man kan være sig selv. Miljøet er skabt med principperne omkring low arousal i et forsøg på at undgå, at borgerne bliver sensorisk og følelsesmæssigt overstimulerede og at der derved kommer konflikter på afdelingen.

Samarbejde med kommuner

Den helhedsorienterede behandling indebærer, at mange samarbejdspartnere skal inddrages i behandlingen. Især er borgerens bopælskommune en vigtig samarbejdspartner og det er vigtigt at have et godt kendskab til det kommunale system, særligt vedrørende bolig, uddannelse og arbejde. Stjernevang har især gode erfaringer med at inddrage jobcentre i at udarbejdelse af uddannelses- eller jobplaner, som tilgodeser et individuelt tilpasset behandlingsforløb.



CASE Bjarne er en ung mand med mange forfejlede studieforsøg og ansættelser bag sig. Jobcenteret kunne ikke placere Bjarne på den rette hylde og Stjernevang indgik i et tæt samarbejde med den pågældende sagsbehandler i jobcenteret. Der blev arbejdet på at skabe en struktureret hverdag for Bjarne med fokus på at overholde aftaler og på sociale kompetencer. Samtidig var der sparring med jobcenteret omkring forståelsen af Bjarne

psykiske og misbrugsmæssige situation. Dette resulterede i at jobcenteret mere kvalificeret kunne finde et relevant forløb til Bjarne, som blev en succes. Samtidig betød oplevelsen af at udvikle kompetencer og få bedre styr på sit liv, at Bjarne sideløbende reducerede sit misbrug kraftigt og derved oplevede en bedring i sin psykiske situation.

Bjarne er et opdigtet navn.

Samarbejde med psykiatrien

I samarbejdet med den regionale psykiatri skal der kommunikeres sideløbende omkring behandlingsforløb, behandlingsansvar og koordinering omkring overdragelse af borgere. Borgerne tilknyttet Stjernevang har ofte erfaringer med korte og brudte forløb i den regionale psykiatri, hvor misbruget har været en barriere for at kunne få behandling. Stjernevang anerkender nødvendigheden af at arbejde sideløbende med misbrug og psykisk lidelse og har gode erfaringer med et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, særligt OPUS (specialiseret behandlingstilbud til unge mellem 18-35 år, der oplever tegn på psykose) for at sikre at borgere får psykiatrisk behandling, på trods af misbrug, fordi misbruget behandles i Stjernevang.

En del af borgerne på Stjernevang, lider af alvorlige psykiske lidelser, der ofte vil præge borgeren resten af livet. I disse tilfælde arbejder Stjernevang med at støtte borgeren i at opnå en stabil tilstand, både psykisk og misbrugsmæssigt, så vedkommende kan overgå til et længere og mere målrettet forløb i den regionale psykiatri. I disse

sager, vil Stjernevang typisk udrede borgeren psykiatrisk, eventuelt opstarte medicinsk behandling og samtidig arbejde på et ophør eller reduktion af misbruget, samt arbejde med andre mål, der er nødvendige for at kunne konsolidere reduktion eller ophør. Dette illustreres i følgende case.

Stjernevang samarbejder med pårørende til de borgere, der er indskrevet i behandlingen. De pårørende oplever ofte et stort behov for at støtte og hjælpe, men kan i visse tilfælde skade mere end gavne, hvis ikke Stjernevang har fokus på de pårørende. De pårørende giver ligeledes udtryk for, at ved oplevelsen af ikke at blive inddraget i behandlingen, opstår der et behov for kontrol af den misbrugende. Derfor tilbyder Stjernevang råd og vejledning til pårørende og afholder korte forløb, hvor de pårørende inddrages i behandlingen med borgerne. Dette har bevirket, at borgerne oplever deres pårørende som en større ressource i behandlingen. Stjernevang samarbejder ligeledes med KABS' projekt Dit Rum, der er et tilbud til børn og unge, som er opvokset i hjem med misbrug.



Fleksibel indsats

I misbrugsbehandlingen på Stjernevang, er der ikke standardforløb, da de problemstillinger borgerne præsenterer, er så forskellige, at der er behov for en individualiseret indsats – og ofte er der behov for at skifte fokus i den indsats der ydes. På Stjernevang ser vi ofte, at en reduktion eller et op-

hør af misbrug, medvirker til en forværring af den psykiske situation, da borgeren har brugt stofferne til at dulme symptomer på psykisk lidelse. Dette betyder at der er et stort behov for at fleksibilitet i behandlingen, så der kan skiftes fokus og til tider også fagperson, for at tackle de problematikker, der aktuelt påvirker borgeren.

CASE Lars havde forsøgt kontakt til den regionale psykiatri, men var blevet afvist pga. et stort misbrug af hash, kokain og amfetamin. Stjernevang opstarter Lars i misbrugsbehandling og begynder udredning af den samlede situation. Efter reduktion af misbrug konstateres skizofreni og OPUS kontaktes. I forbindelse med udredningen taler Lars med de forskellige behandlere i det tværfaglige team og udredes således både af en speciallæge i psykiatri, en pædagog omkring sin motivation for forandring, en sygeplejerske med psykiatrierfaring omkring diverse sundhedsfaglige aspekter som kost og motion og med fokus på psykoedukation og en psykolog for at afdække barndom og opvækst. I samråd med Lars opnås der enighed om hvil-

ket niveau misbruget skal være på, før OPUS kan begynde deres behandling. Derudover aftales det, at borgeren fortsætter sin misbrugsbehandling på Stjernevang, indtil ophør af misbrug, for at borgeren kan følge OPUS behandling. Lars opstarter et forløb ved OPUS efter 6 måneder i misbrugsbehandling og går sideløbende i de to behandlingsforløb, dog slipper psykiateren i Stjernevang behandlingen da OPUS tager over. Lars arbejder fortsat med reduktion i sit hashforbrug ved hjælp af individuelle samtaler og ender med at blive stoffri efter 11 måneder i behandling. Herefter bliver behandlingsmålet i Stjernevang at have fokus på fastholdelse af ophør og forebyggelse af tilbagefald.

Lars er et opdigtet navn.

Erfaringer fra Det Udkørende Team

Det Udkørende Team (DUT) arbejder med de mest belastede eller kaotiske brugere, som ikke formår at benytte et tilbud kendetegnet ved fremmøde i en behandlingsafdeling.

Borgere i DUT er kendetegnet ved ofte ikke at være tilknyttet en geografisk lokation eller adresse som følge af misbrugets kaotiske karakter, samt typisk en dobbelt- eller trippelbelastning af psykisk og somatisk karakter. Som regel er der tale om væsentlige psykiske og somatiske belastninger samt en adfærd der vanskeliggør relevant tilknytning til en behandlingsafdeling. Mange af disse borgere har periodisk adfærd, der giver karantæne eller bortvisning fra afdelinger både i misbrugsbehandlingsregi og øvrige instanser.

DUT opsøger borgerne, hvor de end befinder sig og ofte er teamet den faste base i borgerens tilværelse. Teamet må arbejde tålmodigt og opfindsomt og har hele tiden øje for de små skridt i retning af forandring af adfærd, stabilisering eller forværring af misbruget. Gennem teamets arbejde sikres gennemførelse af substitutionsbehandling og teamet understøtter f.eks. behandling i sygehusregi og kommunale indsatser.

Det er KABS' erfaring, at etableringen af mobile enheder som Det Udkørende Team, er en forudsætning for at nå denne gruppe af dobbelt- eller trippelbelastede borgere.

CASE

Karin er en typisk borger i DUT.

Karin er meget belastet af PTSD, samt senfølger af en lang tilværelse på gaden med et massivt alkohol- og stofmisbrug. Karin er multipelt belastet psykisk og somatisk, uden forudsigelighed ift. geografisk placering på en given dag / tidspunkt. Karin udtrykker vilje til at indgå i misbrugsbehandling, da hun ikke ønsker at dø på gaden. Hun oplevede sig tiltagende psykisk dårlig - præget af angst og massive PTSD symptomer. Karin stabiliseres i substitutionsbehandling, via DUTs opsøgende indsats samt kendskab til hendes normale tilholdssteder. Efter en periode åbnes mulighed for yderligere socialfaglig indsats, og et øget indblik i hendes samlede belastninger. Karin blev fundet, samt kørt til psykologfaglig terapeutisk behandling, på trods af tidvis grad af stofpåvirkethed.

Den mulige behandlingsindsats blev ydet, og optimeret over tid, idet Karin, de gange hun formåede at fremmøde, blev tiltagende bedre i samtalerne, og udtrykte gavn af et fortroligt rum, hvor hun både blev imødekommet og udfordret. Karin formår at få udbytte af terapien i en grad, der muliggør yderligere sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser. Karin var tidligere bosat på Sundholm forsorgshjem - men er nu via DUT og samarbejdet med flere instanser - støttet til anden boform. Dette ud fra Karins eget ønske, samt en vurdering af den samlede belastning i miljøet både på Sundholm og området omkring Hovedbanegården i København, der var blevet så belastende for hende, at hun frygtede for sit liv og helbred.

Karin er et opdigtet navn.

Referencer

1. *Sundhed, hvor du er*. Regeringen, december 2017
2. *Aftale om regionernes økonomi for 2019*. Regeringen, juni 2018
3. *Mental sundhed - et samlet behandlingsbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug*. Fælles udspil fra Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri, Danske Regioner, 2018
4. *Forebyggelse for fremtiden*. KL's udspil om sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunernes Landsforening, januar 2018
5. *Anbefalinger. Styrket indsats til mennesker med psykiske vanskeligheder*. Kommunernes Landsforening, maj 2018
6. *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser - Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling*. Sundhedsstyrelsen, juni 2018
7. *Psykiatrisk udredning, diagnostik og behandling*. John Schmidt, KABS Årsrapport, KABS, 2014
8. *Narkotikasituationen i Danmark 2017*. Sundhedsstyrelsen, 2017
9. *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet - samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE, 2018
10. *Dobbelt diagnose - dobbelt behandling*. Katrine Schepelern Johansen, KABS VIDEN, 2009
11. *Socialsygepleje i psykiatrien - udfordringer og muligheder*. Kathrine Bro Ludvigsen i: Socialsygepleje i somatik og psykiatri, Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünés (red), KABS VIDEN, 2013
12. *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*, SFI, 2016.
13. *De Nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling*. Socialstyrelsen, 2016

Bilag

Diagnoser, hovedstoffer og udskrivningsårsager

KASA

KASAs brugere er karakteriseret ved et tungt misbrug og psykisk sygdom. I den følgende tabel har vi grupperet de diagnoser som er stillet for de borgere der har været behandlet på KASA. Fordeling omfatter 65% af borgerne i behandling i KASA. 35% har enten har fået stillet hoveddiagnoser udenfor de 6 hovedkategorier eller har ikke har fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	21,05%
Angsttilstande	5,26%
Opmærksomhedsforstyrrelser	5,26%
Personlighedsforstyrrelser	10,53%
Psykosier	57,89%
HOVEDTOTAL	100,00%

Hovedstofferne fordeler sig på stort set alle stofgrupper, dog forsat med en hovedvægt på opioider.

HOVEDSTOFFER	
Alkohol	3,23%
Amfetamin	6,45%
Andre stoffer	9,68%
Benzodiazepiner (illegalt)	3,23%
Benzodiazepiner (ordineret)	6,45%
Hash/cannabis	12,90%
Heroin (illegalt)	22,58%
Kokain	12,90%
Metadon (illegalt)	6,45%
Metadon (ordineret)	12,90%
Opløsningsmidler (inhalanter)	3,23%
HOVEDTOTAL	100,00%

Selvom KASA i udgangspunktet er rettet mod borgere med opioidafhængighed, har KASA de senere år oplevet en markant ændring i misbrugsmønsteret, således at gruppen af opioidafhængige er blevet mindre og borgere med andre stofgrupper er kommet til samtidig med, at der forsat er tale om alvorlige psykiske lidelser.

AFSLUTNINGSÅRSAGER	
Anden årsag til afsluttet behandling	25,00%
Klient anmodning	8,33%
Klient død	8,33%
Klient udeblevet	25,00%
Klient udskrevet til andet tilbud	33,33%
HOVEDTOTAL	100,00%

Lidt over halvdelen af borgerne der afsluttede behandlingen i KASA blev udskrevet planlagt i 2017. Ikke som færdigbehandlet, men ofte stabiliseret i et sådant omfang at borgeren kunne overføres til 'almindelig' misbrugsbehandling i KABS eller kommunernes egne misbrugscenter (Anden årsag til afsluttet behandling) eller til et andet behandlingstilbud end stof (Klient udskrevet til andet tilbud).

Stjernevang

Stjernevangs borgere er karakteriseret ved at have et misbrug af cannabis og stimulantia samt psykisk sygdom. Som det ses af de stillede diagnoser for borgere, der har været i behandling i Stjernevang, er der forskel på vægtningen af diagnoser sammenlignet med KASA. Fordeling omfatter 45% af borgerne i behandling i Stjernevang. 56% har enten en diagnose udenfor de 6 hovedkategorier eller har ikke fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	10,57%
Angsttilstande	16,26%
Observation pga mistanke	4,88%
Opmærksomhedsforstyrrelser	34,15%
Personlighedsforstyrrelser	17,89%
Psykosier	16,26%
HOVEDTOTAL	100,00%

Stofproblematikken for borgere i behandling i Stjernevang er hovedsagelig cannabis efterfulgt af kokain og amfetamin.

HOVEDSTOFFER	
Alkohol	0,89%
Amfetamin	6,25%
Andre stoffer	0,89%
Hash/cannabis	77,68%
Kokain	14,29%
HOVEDTOTAL	100,00%

Knap halvdelen af alle borgere der afsluttede behandlingen i Stjernevang i 2017 blev udskrevet planlagt. Knap 30% som færdigbehandlede.

AFSLUTNINGSÅRSAGER	
Anden årsag til afsluttet behandling	6,43%
Klient anmodning	17,14%
Klient flyttet	9,29%
Klient færdigbehandlet	27,14%
Klient overgået til kriminalforsorgen	2,14%
Klient udeblevet	28,57%
Klient udskrevet til andet tilbud	5,71%
Klient udskrevet til hospital	3,57%
HOVEDTOTAL	100,00%

Behandlingslængden varierer hvilket ses i de nedenstående tabeller for KASA og Stjernevang. Behandlingslængden indikerer således at der ikke findes et egentligt standardiseret forløb, men at behandlingsvarigheden har en stor spredning som påvirkes af borgerens behandlingsbehov

KASA

GNS AF BEHANDLINGSLÆNGDE I DAGE	
Anden årsag til afsluttet behandling	1.981
Klient anmodning	15
Klient død	497
Klient udeblevet	213
Klient udskrevet til andet tilbud	1.940
Forsat i behandling	2.363
HOVEDTOTAL	2.056

Stjernevang

GNS AF BEHANDLINGSLÆNGDE I DAGE	
Anden årsag til afsluttet behandling	12
Klient anmodning	209
Klient flyttet	219
Klient færdigbehandlet	671
Klient overgået til kriminalforsorgen	182
Klient udeblevet	222
Klient udskrevet til andet tilbud	309
Klient udskrevet til hospital	258
Forsat i behandling	414
HOVEDTOTAL	372

Hvidovre og Gentofte afdeling

På KABS' afdelinger i Hvidovre og Gentofte behandles borgere med opioidmisbrug. En del af disse har samtidig en psykiatrisk diagnose, men det skønnes ikke nødvendigt med behandling i KASA.

ANTAL CPR I BEHANDLING	2017
Gentofte	264
Hvidovre	279
ÅRSVÆRK	2017
Gentofte	225
Hvidovre	245

Gentofte afdelings borgere i behandling karakteriseres også af en høj forekomst af psykisk sygdom. Fordeling omfatter 35% af borgerne i behandling i afdelingen. 65% har enten diagnoser uden de 6 hovedkategorier, har ikke diagnoser, eller har endnu ikke fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	23,08%
Angsttilstande	30,77%
Opmærksomhedsforstyrrelser	14,29%
Personlighedsforstyrrelser	15,38%
Psykosier	13,19%
Andre diagnoser	somatisk, psykiatri og afhængighedsdiagnoser 3,30%
HOVEDTOTAL	100,00%

Omkring 42% af borgerne der udskrives fra behandling afsluttes planlagt om end kun 9% afsluttes som færdigbehandlede fra Gentofte afdeling.

AFSLUTNINGSÅRSAGER	
Anden årsag til afsluttet behandling	2,17%
Klient anmodning	6,52%
Klient død	19,57%
Klient færdigbehandlet	4,35%
Klient overgået til kriminalforsorgen	8,70%
Klient udeblevet	26,09%
Klient udskrevet til andet tilbud	32,61%
HOVEDTOTAL	100,00%

Gentofte afdeling har siden 2011 haft en udkørende funktion – DUT – som varetager behandlingen af borgere, som ikke kan behandles i afdelingen.

ANTAL CPR I BEHANDLING	2017
Det Udkørende Team	41
ÅRSVÆRK	2017
Det Udkørende Team	35

Fordeling omfatter 30% af borgerne i behandling i DUT. 70% har enten diagnoser uden de 6 hovedkategorier, har ikke diagnoser, eller har endnu ikke fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	20,00%
Angsttilstande	20,00%
Opmærksomhedsforstyrrelser	10,00%
Personlighedsforstyrrelser	20,00%
Psykosser	30,00%
HOVEDTOTAL	100,00%

Tilsvarende karakteristik gælder for Hvidovre afdeling. Fordeling omfatter 35% af borgerne i behandling i afdelingen. 65% har enten diagnoser uden de 6 hovedkategorier, har ikke diagnoser, eller har endnu ikke fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	18,68%
Angsttilstande	27,47%
Opmærksomhedsforstyrrelser	26,37%
Personlighedsforstyrrelser	7,69%
Psykosser	12,09%
Andre diagnoser	somatisk, psykiatri og afhængighedsdiagnoser 7,69%
HOVEDTOTAL	100,00%

City afdeling

Også i KABS City forefindes en markant komorbiditet mellem misbrug og psykisk sygdom, hvilket ses af de diagnoser som er stillet på borgere i behandling. Fordeling omfatter 40% af borgerne i behandling i afdelingen. 60% har enten diagnoser uden de 6 hovedkategorier, har ikke diagnoser, eller har endnu ikke fået stillet en diagnose.

DIAGNOSEKATEGORIER	
Affektive lidelser	20,73%
Angsttilstande	17,68%
Observation pga mistanke	3,05%
Opmærksomhedsforstyrrelser	17,68%
Personlighedsforstyrrelser	12,20%
Psykosser	5,49%
Andre diagnoser	somatisk, psykiatri og afhængighedsdiagnoser 23,17%
HOVEDTOTAL	100,00%

Såfremt borgerens psykiske sygdom ikke vurderes velbehandlet bliver borgeren som regel overført til behandling i KABS Stjernevang og kommer så retur når borgeren har opnået en stabilitet i den psykiatriske behandling.

