

**Integrert behandling av rus og psykiske lidelse i  
en sikkerhetspsykiatrisk avdeling:  
Evaluering av kvalitetsforbedringstiltak**

Kari Elisabeth Bjørnstad



Masteroppgave i psykososialt arbeid – selvmord, rus,  
vold og traumer

Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet  
UNIVERSITETET I OSLO

24.04-2012

© Forfatter: Kari Elisabeth Bjørnstad

År 2012

Tittel: Måling og implementering av kvalitetsforbedring knyttet til integrert behandling i sikkerhetspsykiatrisk avdeling

Forfatter Kari Elisabeth Bjørnstad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Både nasjonale og internasjonale studier viser at personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse ikke får adekvat behandling. Volds- og drapsepisoder utført av denne gruppen pasienter i Norge, har satt fokus på psykiatriens faglige vurderinger og behandlingskompetanse av ROP-pasienter. I ny norsk behandlingsretningslinje anbefales integrert behandling av begge lidelser som beste praksis. Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark ønsket å øke kompetansen på integrert behandling i et eget prosjekt. Målet med denne studien har vært å evaluere endring i behandlingskompetanse knyttet til integrert behandling på organisasjonsnivå og ved sikkerhetspsykiatrisk enhet som følge av kvalitetsforbedrende tiltak. **Metode:** Målevrktøyet Dual Diagnoses Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) ble brukt for å måle endring i integrert behandlingskompetanse, med utfallsmåling etter to år. Gjennomførte kvalitetsforbedringstiltak er vurdert opp mot anbefalt implementeringsmetodikk i ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial og helsetjenesten”. I tillegg er det gjennomført to spørreundersøkelser. En blant helsepersonellet i sikkerhetsenheten, om forhold de mente hadde vært av betydning for måloppnåelse. Den andre til alle deltakende behandlingenheter i klinikken om opplevd nytte av DDCMHT verktøyet. **Resultat:** DDCMHT kartleggingen ble generelt opplevd som nyttig av helsepersonellet, spesielt betydningen av rusfaglig kompetanse, rutinemessig ruscreening og kartlegging, samt refleksjon over egen praksis og holdninger til pasienter med ruslidelse. Verktøyet gav god oversikt over forbedringspunkter, men enhetene tvilte på om de var i stand til å få til varige endringer uten bistand utenfra. På en skala fra 1-5 hadde sikkerhetspsykiatrisk avdeling økt totalskåren på integrert behandlingskompetanse fra 2,7 til 3,9. DDCMHT verktøyet kan ha hatt redusert validitet på grunn av at skårerne ikke hadde direkte tilgang til journaler og ikke foretok pasientintervjuer. Personalets forforståelse av behov for endring, stabilitet i stillinger, tydelig enhetsledelse, ulike typer bistand under kvalitetsforbedringsprosessen, og kliniske erfaringer var viktige faktorer for endring. **Konklusjon:** Målevrktøyet DDCMHT påviste viktige måltemaer for kvalitetsforbedrende tiltak i integrert behandlingskompetanse ved en sikkerhetspsykiatrisk enhet og synliggjorde sentrale endringer i denne kompetansen som følge av opplæringstiltak. Enheten endret seg fra å kun være delvis i stand til å behandle pasienter med relativt stabile og mindre alvorlig ruslidelser, til å langt på vei kunne behandle mer omfattende rusproblemer (sistnevnte nært høyeste nivå på flere kompetanseområder). Måleinstrumentet vurderes

derimot ikke til å være tilstrekkelig validert. Troskap til alle fasene i kvalitetsforbedringsmetodikken indikerer en sterk sammenheng med grad av forbedret skåre, men det er vanskelig å vite hvilke implementeringstiltak som hadde størst effekt på endringen.

# Forord

Jeg vil for det første takke medarbeidere i rusprosjektet, samt ansatte og pasienter ved sikkerhetspsykiatrisk enhet ved Sykehuset Telemark spesielt, som har bidratt til grunnlagsmaterialet i denne studien. Jeg vil også rette en takk til ansatte ved fagbiblioteket for god service med framskaffelse av litteratur gjennom hele masterstudiet.

Sist, men ikke minst vil jeg takke forskningssjef ved Rus Midt HF Rolf W. Gråwe for god veiledning og støtte i forbindelse med skrivingen av denne masteroppgaven.



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon .....	1
1.2	Sikkerhetspsykiatrisk enhet - 3A.....	3
1.3	Verktøy for avdekking av integrert behandlingskompetanse.....	5
1.3.1	DDCMHT.....	6
1.4	Studier på integrert behandlingskompetanse.....	8
1.5	Kvalitetsforbedringsarbeid og implementering.....	9
2	Metode.....	12
3	Gjennomføring .....	15
3.1	Rusprosjektet.....	15
3.2	DDCMHT-kartlegging .....	15
3.3	Undervisning og opplæring.....	16
3.4	Kvalitetsforbedringsarbeidet på 3A .....	17
4	Resultat.....	19
5	Diskusjon.....	22
5.1	Metodesvakheter .....	22
5.2	Endring i integrert behandlingskompetanse .....	23
5.2	Opplevd nytte av DDCMHT-verktøyet.....	26
5.3	Kvalitetsforbedringsprosessen på 3A.....	27
5.4	Behov for validering.....	28
6	Konklusjon .....	30
7	Referanser.....	31
8	Vedlegg .....	35
1	DDCMHT.....	35
2	Flytskjema .....	46
3	DDCMHT resultat for sikkerhetspsykiatrisk avdeling 3A.....	50
4	Resultat av spørreundersøkelse om nytten av DDCMHT-kartleggingen i psykiatrisk klinikk.....	63
5	Resultat av spørreundersøkelse om faktorer av betydning for implementering i sikkerhetspsykiatrisk enhet .....	65









# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse blir i denne masteroppgaven (artikkelen) omtalt som dobbeltdiagnose, ROP-lidelse eller ROP samsykelighet.

Statens Helsetilsyn fastslo allerede i 2000 at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med dobbeldiagnose. Bakgrunn var registrering av ett økende antall pasienter med alvorlig samsykelighet (Kielland, 2000). I januar 2004 fikk de statlige helseforetakene overført ansvaret for rus og avhengighetsbehandling i Norge. Selv om økt kompetanse og kvalitet var ett av de prioriterte målene i opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009, har fokuset vært rettet mot styring av økonomiske rammebetingelser, mer enn standard for kvalitet og innhold i tjenestene (Brofoss og Larsen, 2009). Undersøkelser har vist at pasienter med ROP-lidelser, innlagt i norske psykiatriske døgnavdelinger, ikke har fått tilstrekkelig og adekvat behandling med bakgrunn i manglende dobbel kompetanse (Gråwe & Ruud, 2006; Helsedirektoratet, IS-1948/2011). Flere uheldige volds- og drapsepisoder utført av denne gruppen pasienter, har ført til debatt om psykiatriens faglige vurderinger og behandlingskompetanse. I NOU rapport 2010:3 om Drap i Norge i perioden 2004-2009, fremkommer det at alvorlig psykisk lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse i kombinasjon med ruslidelse er en sterk prediktor for voldsutøvelse (Olsen et al., 2010). Kohort studier fra både Finland og Australia kan bekrefte en slik sammenheng (Eronen, Tiihonen og Hala, 1996; Resanen et al., 1998; Wallace et al., 1998). Olsenuvalgets anbefalinger var blant annet å sikre disse pasientene en tilpasset og integrert behandling av begge lidelsene (Olsen et al., 2010). Tradisjonelt har pasienter med dobbeldiagnose vært kasteballer mellom rusomsorg og psykisk helsevern (Helsedirektoratet, IS-1948/2011; Mueser et al., 2003). Ulike finansieringssystemer, behandlingsfilosofi, ansvar og kompetanse har sannsynligvis bidratt til at pasientgruppen ikke har fått adekvat behandling (Mueser et al., 2003). Denne gruppen utvikler ofte en adferd som fører til betydelige problemer på de fleste livsområder som vanskeliggjør opparbeidelse av trygge sosiale nettverk, deltakelser i arbeid og aktivitet og som reduserer bo- og egenomsorgsevne (Helsedirektoratet, IS-1948/2011; Mueser et al., 2003; Soyka, 2000). Rusbruk kan føre til redusert impulsstyring noe som øker sannsynlighet for at pasienter med ROP-lidelse, lettere handler ut fra psykotiske vrangforestillinger. Dette gjør dem mer utsatt for innblanding i voldelige episoder (Evjen,

Kielland og Øiern, 2007; Olsen et al., 2010; Resanen et al., 1998). McGovern, Clark og Samnaliev, klassifiserte i en studie i 2007, graden av psykiske lidelse og ruslidelse i fire grupper. 70 % av pasientene befant seg i gruppene med alvorlig psykisk lidelse og lettere til alvorlig ruslidelse, over 50 % av dem med alvorlig ruslidelse. Disse tallene viste seg relativt stabile på tvers av flere stater. Sikre norske tall på dette finnes ikke. Helsedirektoratet beskriver denne gruppen som psykiatriens ansvar (Helsedirektoratet IS-1948/2011). En nyere norsk studie viste at distriktpsikiatriske sentre (DPS) i liten grad screener sine pasienter for ruslidelse selv om behandlingsresponsen er dårlig (Wusthoff, Waal, Ruud og Gråwe, 2011). I den psykiatriske tradisjonen har behandlingstilnærmingene vært preget av kontinuerlig behandling, case management, fleksibilitet og støtte, der ruslidelsen ofte blir betraktet som sekundær. Rusomsorgen har derimot vært preget av en mer konfronterende stil, hvor valgmodellen har stått sterkt, med forventning om bedring gjennom åndelig utvikling og selvstendigjøring, basert på støttetekontaktmodell med sekvensiell behandling og selvhjelpsgrupper. Sekvensiell behandling av de ulike lidelsene har vist vanskeligheter med å stabilisere den ene lidelsen dersom den andre ikke behandles samtidig, og det er ofte uklart hvorvidt en tilfredsstillende behandling oppnås. Dersom sekvensiell behandling vurderes er det utfordringer rundt hvilke lidelse som skal behandles først, og om pasienten deretter i det hele tatt henvises til viderebehandling. Uforenlige behandlingstilnærming, manglende kommunikasjon og samordning av behandlingsmål, har vært årsak til at parallell behandling heller ikke regnes som ett godt nok tilbud til disse pasientene (Helsedirektoratet, IS-1948/2011; Mueser et al., 2003). Pasienter med alvorlig ROP-lidelse antas å ha svekket evne til å integrere de ulike behandlingsintervensjonene på egen hånd og parallell behandling vil oppleves som en belastning for pasienten der ingen heller har det overordnede ansvaret for en helhetlig behandling (Mueser et al., 2003).

Integrert behandling tar hensyn til disse forholdene ved at pasienten kun har behandlingsteam med dobbel kompetanse å forholde seg til. Dette kan integrere beslutninger om behandlings- og oppfølgingsintervensjoner og behandlingsmål for begge lidelsene (Mueser et al., 2003). De nasjonalfaglige behandlingsretningslinjene henviser til flere randomiserte kontrollerte studier som viser bedre effekt av behandling når denne gis samtidig av samme helsepersonell på samme sted, enn hvis behandlingen gis av helsepersonell på ulike steder (Helsedirektoratet, IS-1948/2011, s.57). Utrednings- og vurderingsprosessen samordnes ved å identifisere og monitorere interaksjonen mellom lidelsene. Langsiktig og allsidig tilnærming på ulike livsområder basert på pasientens egen motivasjon står sentralt. Slik kan behandlingsteamet

arbeide helhetlig med alt fra skadereduserende tiltak, til oppfølging i egen bolig og ordinært lønnet arbeid (Mueser et al., 2003). Dette forutsetter et tett og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer av tjenesteytere (Helsedirektoratet, IS-1948/2011).

En Cochrane kunnskapsoppsummering fant ikke generelt sterk evidens for at integrerte behandlingstiltak av ROP-lidelser er mer effektiv enn ikke-integrerte tiltak eller tradisjonell behandling (Cleary et al., 2008). De fant sterkest evidens for at motiverende intervju (MI) reduserer alkoholbruk og at MI gitt i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi øker opplevd livskvalitet og bedrer sosial fungering hos pasientgruppen. Rapportens funn var grunnet i manglende evidens på grunn av mangelfull forskning og ikke forskningsfunn som viste at integrert behandling ikke virker. Bakgrunn for manglende evidens beskrives blant annet med at det er forskningsmessig utfordrende å utføre randomiserte kontrollerte studier på ROP-pasientgrupper. De fleste observasjons- og kvasiekperimentelle studiene på området har for lav forskningskvalitet og ble ikke innlemmet i rapportens forskningsgrunnlag (Helsedirektoratet, IS-1948/2011; Kirkehei et al., 2008). Ut fra eksperterfaringer og av klinikere regnes likevel integrert behandling som gullstandarden i tilnærmingen til personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet, IS-1948/2011; Mueser et al., 2003). Det antas at integrerte behandlingsintervensjoner gir bedre behandlingsresultat enn ikke-integrerte tiltak. Større vektlegging av psykososiale tiltak, monitorering av begge lidelsene og rett intervensjon til rett tid, sannsynliggjør at integrert behandling vil være et bidrag til å redusere forekomst av rusmiddelbruk, psykiske symptomer og voldelige handlinger begått av pasienter med ROP-lidelse.

## **1.2 Sikkerhetspsykiatrisk enhet - 3A**

Sikkerhetspsykiatrisk avdeling er en av fem enheter tilknyttet rehabiliteringsseksjon ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark Helse Foretak (STHF) (habiliteringstjeneste for voksne, tidligintervensjonspoliklinikk, enhet for ny-syke, forsterket psykosepost og sikkerhetsposten). Enheten er en lukket sikkerhetspost med Telemark fylke som inntaksområdet. Enheten har 9 sengeplasser, men har opp til 11 inneliggende pasienter, i perioder. De har også ansvar for et varierende antall pasienter på tvunget ettervern. Enhetens målgruppe er i hovedsak pasienter med voldsproblematikk og alvorlig psykisk lidelse. Den største pasientgruppen har schizofrene lidelser, men det er også en del kombinasjoner av rus

og personlighetsforstyrrelse. Døgnbehandlingstiden varierer fra noen måneder, til flere år. 75 - 80 % av pasientene har et registrert rusproblem (for tiden 9 av 11). På grunn av sikkerhetsaspektet er det små muligheter til å tilby rusbehandling i samarbeid med eksterne rusbehandlingssenheter. Dette krever at enheten selv må tilby behandling av begge lidelsene under døgnoppholdet.

Enheten har et stabilt helsepersonell og driftes med 33,2 årsverk fordelt på miljøterapeuter(12), miljøarbeidere(15,1), assistenter(2), psykiater(0,8), psykolog(0,5) og støttefunksjoner(2,8). To ansatte har formell utdanning i dobbeldiagnoseproblematikk, samt en med arbeidserfaring fra spesialisert rusbehandling. Det er gitt noe rusfaglig veiledning til ansatte knyttet til enkeltpasienter med liten ruskontroll. Enheten har helsepersonell med brukererfaring, men disse har ingen dedikert rolle knyttet til dette.

Behandlingsprogrammet forventer at rusproblemer kan prege sykdomsbildet, og alle nye pasienter utredes for rusmiddelbruk ved innkomst. I den videre kartleggingen inkluderes spørsmål som type rusmidler, debutalder, omfang av rusbruk og pasientens hjemmemiljø. Det benyttes ikke standardiserte screenings- eller kartleggingsverktøy. Rusmiddelbruken blir i hovedsak kartlagt i forhold til voldsrisiko. Voldsrisiko og symptomatologi utredes ved hjelp av V-risk og HCR-20. Hjelpebehov og funksjonsnivå vurderes ut fra de overnevnte kartleggingene, og pleieplaner utarbeides. Sikkerhetsposten benytter ikke verktøy for måling av motivasjon for endring i rusbruk og behandler ikke ruslidelse spesifikt. For pasienter som har en behandlingskontakt samarbeides det med enhet for rus og psykiatri i det lokale distriktpsikiatriske senteret (DPS), om samtidig og sekvensiell behandling hovedsaklig for opiatavhengige som deltar i program for legemiddelassistert rehabilitering. Alle pasientene i enheten har behandlingsplaner for den psykiske lidelsen hvor psykiske symptomer monitoreres fortløpende. Medikamentell behandling for psykiske symptomer er ofte benyttet for å komme i posisjon for videre psykososial behandling. I den aktive behandlingsfasen blir behandlingen lagt opp med en individuell progresjonsstige som ender i en overførings-/utskrivelses- ettervernsfase. Den psykiske lidelsen diagnostiseres og dokumenteres og anses ofte som den primære lidelsen. Rusbruk overvåkes med systematisk urinprøver og beskrives med tanke på hvordan rusbruken forverrer og kompliserer behandlingen av den psykiske lidelsen, og predikerer risiko for voldsutøvelse. Det kan også føre til sanksjoner i forhold til utgang og permisjoner. Enheten håndterer ruspåvirkede pasienter i avdelingen og har rutiner for dette, men disse er ikke skriftlig nedfelt. Det inngås både muntlig- og skriftlige kontrakter

om rusfrihet ved permisjoner, der en antar at pasientens motivasjon styres av mulige sanksjoner. Pasientene gis psykoedukasjon om hvordan rusmiddelbruk kan forverre den psykiske lidelsen. De samarbeider med pasientenes familier og tilpasser dette individuelt ut fra pasientens ønsker og behov, og ut fra vurdering av hvorvidt dette er til nytte for pasienten. Enheten har rutinemessig fokus på bedring av den psykiske lidelsen og generell livskvalitet. Totalavhold fra rusmidler anses som viktig for tilfriskning og redusert voldsrisiko.

Gunderson's miljøterapeutiske prinsipper om beskyttelse, støtte og struktur er mest sentralt når pasienten er i en aktiv sykdomsfase, og hvor bekreftelse, engasjement og vekst tilstrebes i bedre faser (Gunderson, 78). I tillegg gis individuelle tiltak som støttesamtaler, familiesamtaler, medikamentell behandling, kognitiv terapi, ECT (Electroconvulsive therapy), fysisk aktivitet og arbeid.

Posten har selv utviklet et lønnet arbeidstilbud "Nye Muligheter", hvor nåværende og tidligere pasienter er ansatt og har sitt daglige virke. Arbeidet fremskaffes gjennom anbud, og kan bestå av ulike flytteoppdrag, rivnings- og vedlikeholdsarbeider. Arbeidsledere monitorer jevnlig pasientens symptomtrykk og behov for tilpassningstiltak. Arbeidstilbudet har generert pasientnettverk som opprettholdes via egeninitiert kontakt på kveldstid og i helger.

I utskrivnings-/ettervernsfasen lages det individuelle kriseplaner for håndtering av evt. økt symptomtrykk, der relevante samarbeidspartnere fra både første og andre linjen trekkes inn. Behandlingsprogrammet har også etablert et 2-manns ambulant team med navnet "Ny Start", i tilknytning til enheten. Disse har langsiktig behandlingsoppfølging av utskrevde pasienter på tvunget psykisk ettervern. Intervensjonene består av memotorering av psykisk symptomtrykk, interaksjon med rus, motivasjonsarbeid, voldsrisikovurdering og medisinoppfølging, samt at de vurderer behov for kortere stabiliseringsopphold. Teamet er enhetens forlengede arm ut i kommunene hvor de bistår med veiledning til ansatte som ivaretar kommunale oppfølgingstiltak til enhetens utskrevete pasienter.

### **1.3 Verktøy for avdekking av integrert behandlingskompetanse**

Ko-Rus Øst, regionalt kompetansesenter for dobbeldiagnoser holder på å utarbeide et kompetansekartleggingsverktøy til bruk i norske psykiatri- og rusbehandlingsenheter. Denne utføres ved hjelp av et anonymt selvutfyllingsskjema til den enkelte helsearbeider, for å avdekke praksis i enheten. Den skal avdekke gapet mellom nåværende praksis og

anbefalinger gitt i ny Nasjonalfaglig retningslinje på feltet (gap-analyse).

Internasjonalt er det utviklet flere måleverktøy for å måle behandlingstilbudet til pasienter med ROP-lidelser. Ett er selvrapporteringsverktøy for psykisk helsevern kalt Comorbidity Program Audit and Self-Survey for Behavior Health Services (COMPASS) (Graham et al., 2006). Helsepersonell evaluerer her sin egen kompetanse og behandlingspraksis med hensyn til behandling av pasienter med samtidig ruslidelse. Denne har vært benyttet i flere studier til å måle kompetanseendringer etter ulike opplæringstiltak, hvor den mest kjente er COMPASS-prosjektet i Birmingham (Graham et al., 2006). Dual Diagnosis Physician-infrastructure Assessment Tool (DDPAT) (Chambers, Conner, Boggs og Parker, 2010) er også et selvrapporteringsverktøy, men retter seg spesielt mot legers og psykiateres kompetanse og involvering i behandling av ruslidelse, i psykiatriske institusjoner. Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) Fidelity Scale (Mueser et al., 2003), som er et intervju og observasjonsbasert verktøy, har vært betraktet som gullstandarden for å måle grad av integrert behandlingskompetanse (Gotham, Brown, Comaty, McGovern og Claus, 2009). Den er blant annet basert på videreutvikling av kliniske case management programmer til ambulante team og Assertive Community Treatment (ACT-team). I 2003 ble 1. versjon av Dual Disorder Capability in Addiction Treatment (DDCAT) utviklet. Den er bygget på IDDT tilpasset bruk i rusbehandlingsinstitusjoner og videreutvikler flere ganger. Senere kom Dual Diagnoses Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT), beregnet på psykiatriske enheter (Gotham, Claus, Selig og Homer, 2010). De to sistnevnte verktøyene måler i hvilken grad struktur, rammer og metoder reflekterer målrettet og god integrert behandling av rus og psykiske lidelser.

### **1.3.1 DDCMHT**

DDCMHT måler 35 ulike behandlingskvaliteter fordelt på følgende 7 kompetanseområder i en behandlingsenhet: 1) Behandlingsprogrammets struktur; dette retter seg mot enhetens mandat og samarbeidsrutiner med rusbehandlingsenheter. 2) Enhetens miljø; dette kartlegger i hvilken grad pasienter med ROP-lidelse inkluderes i programmet og om psykoedukativ litteratur gjøres tilgjengelig for begge lidelsene. 3) Vurdering/kartlegging; i hvilken grad enheten rutinemessig screener og kartlegger ruslidelse og innhenter historikk (anamnese) for begge lidelsene. Om programmet utfører funksjonsvurdering og utredning av destruktiv atferd og om begge lidelsene er diagnostisert og dokumentert, samt i hvilken grad behandlingsplanleggingen er basert på matching av pasientens funksjonsnivå og



motivasjonsstadiet. 4) Kompetanseområdet behandling; kartlegger om det foreligger behandlingsplan og behandlingsmål for begge lidelsene (med tilhørende vurdering, medisinerings, monitorering og psykoedukative intervensjoner). I hvilken grad det gis tilbud om spesialisert og stadietbasert behandling. Om det foreligger skriftlige prosedyrer for rusa pasienter og tilbakefall til rus. Intervensjoner rettet mot selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid (tilgjengelig person med brukererfaring), samt opplæring og støtte til pasientens familie. 5) Behandlingskontinuitet; dvs. hvordan bedring av begge lidelsene er tatt hensyn til og beskrevet i utskrivningsprosessen. Om enheten har kapasitet til å opprettholde medisineringsansvar og behandlingskontakt videre, samt rutiner for å at pasienten kan opprette kontakt med selvhjelpsgrupper i forkant av utskrivelse. 6) Fagkompetanse; dette angår i hvilken grad det finnes formell rusbehandlingskompetanse hos helsepersonellet. System for kvalitetssikring av behandlingen og veiledning av helsepersonell uten tilstrekkelig kompetanse og om brukeransatt er tilgjengelig. 7) Opplæring; dette omhandler kurs og veiledningstiltak for helsepersonellet i spesialisert rusbehandlingsmetodikk og integrert behandling (Gotham et al., 2009).

Datainnsamlingsmetodene er basert på gjennomgang av journaler, retningslinjer og prosedyrer, gruppeintervju med behandlere/miljøterapeuter og intervju med leder og pasienter, samt observasjon av miljø (vedlegg 1).

Hvert av de 35 behandlingsområdene/kvalitetene skåres på en fem-delt skala, hvor høy tallmessig skåre assosieres med best praksis (Gotham et al., 2009).

- Skåre 1: Mental Health Only Services (MOS): Enheter som kun har behandlingskompetanse på psykiske lidelser, primært for personer med psykisk lidelse uten rusproblematikk.
- Skåre 3: Dual Diagnosis Capability (DDC): Enheter med behandlingskompetanse til å behandle personer med psykiske lidelser med relativt stabile og mindre alvorlige rusproblemer.
- Skåre 5: Dual Diagnosis Enhanced (DDE): Enheter med forsterket behandlingskompetanse på dobbeldiagnoser, som også er kapable til å behandle personer med ulike grader av psykopatologi med samtidig omfattende rusproblemer.

Utviklerne av DDCAT rapporter om brukbar indre konsistens (Gotham et al., 2010), inter-raterreliabilitet og kappa for måleinstrumentet sammenlignet med gullstandarden IDDT (Gotham et al., 2009). Verktøyet er også funnet sensitiv til å måle virkninger av endring i

behandlingsstrategier og rutiner (McGovern, Matzkin og Giard, 2007). McGovern et al., sammenlignet selvrapporteringsprogrammer med DDCAT-målinger (målt av eksterne personer) og fant at fem av syv selvrapporteringer overestimerte egen dobbeldiagnose behandlingskompetanse. I tillegg fant de at enhetsledere gjennomgående leste instruksjonene dårlig noe som førte til skårefeil (McGovern, Matzkin og Giard, 2007). Mange av behandlingskvalitetene som måles i DDCAT og DDCMHT gjøres på grunnlag av pasientintervjuer og gjennomgang av et tilfeldig utvalg av pasientjournaler. Dette bidrar til økt validitet. Validiteten er også sikret ved at verktøyene bygger på offentlige behandlingsanbefalinger for god klinisk praksis. Det finnes ikke noen differensiert vektning av de 35 ulike behandlingsmålepunktene for deres ulike betydning for behandlingsutfallet, noe som anses å være en svakhet (McGovern, Matzkin og Giard, 2007).

## **1.4 Studier på integrert behandlingskompetanse**

Gjennomgang av både nasjonal og internasjonal forskningslitteratur om integrert behandlingskompetanse gir ett generelt inntrykk av at både rusfeltet og psykiatrifeltet er lite rustet til å behandle personer med alvorlig ROP-lidelser (Chambers et al., 2010; Gråwe og Ruud, 2006; McGovern et al., 2010). En amerikansk undersøkelse viste at kun en av de 32 (3 %) undersøkte behandlingstilbudene innen psykisk helsevern gav en sumskåre som indikerer at de gir behandling til pasienter med ROP-lidelse på et integrert nivå (Dual Disorder Capability/DDC). Innen rusbehandlingstiltak fant de at dette angikk seks av 54 rusbehandlingstilbud (11 %). Ingen ble vurdert å ha kompetanse til å behandle begge lidelsene på det høyeste nivået (Dual Diagnosis Enhanced/DDE) (McGovern et al., 2010).

DDCAT målinger i australske rusbeholdingsinstitusjoner fant Matthews, Kelly og Deane (2011), at en av 16 enheter skåret DDC, selv om pasienter med ROP-lidelse var deres målgruppe. Ingen skåret i området DDE. De fant at programmenes struktur og opplæring av ansatte var områder som gjennomgående krevde mest forbedring. Opplæring ble gitt høyest prioritert, mens programmenes struktur ble prioritert laveste i arbeidet med forbedringer. Mindre enn en fjerdedel av ansatte i disse enhetene hadde formell kompetanse på psykiske lidelse. DDCAT kartleggingen førte til større interesse for å bli bedre ved å etterspørre veiledning.

## 1.5 Kvalitetsforbedringsarbeid og implementering

I en større DDPAT undersøkelse i Indiana ble det avdekket generelt stor mangel på formell rusbehandlingskompetanse hos leger og psykiatere (Chambers et al., 2010). Dette angikk også de som behandlet pasienter med dobbeldiagnoser. De fant også at et flertall av de som hadde formell rusbehandlingskompetanse, ikke så det som deres primære oppgave å behandle begge lidelsene. Dette indikerer at det å ha kunnskap ikke alltid er nok. McGovern fant at 18 måneders kvalitetsforbedringsarbeid i begrenset grad førte til bedringer på kompetanseområdene; behandlingens struktur, fagpersonell og bruk av systematiske opplæringstiltak (McGovern et al., 2010). Andre studier har vist at opplæring i integrert behandlingsmetodikk gir økt tillit til egen kompetanse og tiltro til egne behandlingsferdigheter (Graham et al., 2006; Hughes et al., 2008). Likevel viser forskningen at denne type opplæring totalt sett ikke fører til dramatiske forbedringer (Hughes et al., 2008). Opplæringstiltak over tid og med bruk av klinisk veiledning fører til større endring (Brunette et al., 2008; McGovern, Matzkin og Giard, 2007). Dette gjelder spesielt på kompetansesområdene vurdering og behandling (McGovern, Matzkin og Giard, 2007). Kombinasjon av forhold som god planlegging og koordinasjon, aktiv innsats for å skape endring gjennom egne endringskonsulenter eller team som kan styrer prosessene, og ekstern veiledning, beskrives som nøkkelfaktorer for vellykket implementering (Brunette et al., 2008; Marty, Rapp, McHugo og Whitley, 2008; McGovern et al., 2010; Rapp et al., 2010). Viktig for gode implementeringsprosesser er ledelsesforankring og leders autoritet til å fremme endringsholdninger og tiltak gjennom prioriteringer og endring av struktur, rutiner og oppfølging (Brunette et al., 2008; McGovern et al., 2010), veileders tilstedeværelse og relasjon til både ansatte og ledere, samt jevnlig evaluering/målinger av endringsprosessen (Brunette et al., 2008). Ledere og veilederes atferd kan være hindringer dersom en ikke har god nok kunnskap om endringsprosesser og metodikk. Der bistandsveiledere ikke selv behersker integrert behandlingsmetodikk og prosjektansvarlige ikke har tilstrekkelig innsikt i endringsprosesser og bruk av strategier for implementeringstiltak, kan dette være direkte skadelig for forbedringsarbeidet (Brunette et al., 2008; Rapp et al., 2010). Andre hindringer for implementering og endring er stor turnover blant ansatte og underbemanning som gir manglende kontinuitet i det kliniske arbeidet (Brunette et al., 2008). Inntjeningskrav styrer også muligheten behandlingsprogrammene har til å avsette tid til kvalitetsforbedringsarbeidet

(Brunette et al., 2008; Hughes et al., 2008). Organisasjonens strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur er avgjørende for hvordan organisasjonen underbygger endringsprosesser. Ansatte og ledes betydning for varige endringer vektet til 50 %, der involvering, holdning, motivasjon og engasjement står sentralt. Selve prosessen fra forforståelse for kvalitetsforbedringene, til standardisering av ny praksis, vektet til i overkant av 30 % og organisasjons strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur, med 20% (Maher, Gustavson og Evens, 2007). Enkle og overfladiske tiltak som kurs og distribusjon av brosjyrer gir som regel liten effekt på endring (Drake, Bond og Essock, 2009). Spredning av funn eller kunnskap fra oversiktsstudier og meta-analyser som utgis i fagtidsskrifter eller nasjonale kliniske behandlingsretningslinjer, viser seg å føre til begrensede endringer i rutiner og klinisk praksis (Shojania og Grimshaw, 2005). Forskning indikerer at opp til 70 % av alle forsøk på å skape varige forbedringer i organisasjoner ikke lykkes (Draft og Noe, 2000). Det vises til at komplekse systemverktøy er nødvendig for vellykket implementering av ny praksis (Maher, Gustavson og Evens, 2007).

Implementering av evidensbasert kunnskap i helsevesenet er av betydning for både behandlingsresultat og kostnadseffektivitet. Pasienter med ROP-lidelse viser å ha høyt forbruk av helsetjenester (McGovern, Clark og Samnaliev, 2007). Funn i en nyere norsk studie viser at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse hadde nesten en tredobling av både liggedøgn og bruk av tvang over en toårsperiode, sammenlignet med alvorlig psykisk syke uten rusproblem (Opsal et al., 2011).

DDCAT og DDCMHT kartlegging, rapporteres å gi god veiledning for utarbeidelse av konkrete planer og tiltak for kvalitetsforbedringsarbeid, (McGovern, Matzkin og Giard, 2007). Erfaringer viser at dette allikevel ikke nødvendigvis fører til endret praksis (Matthews, Kelly og Deane, 2011). I psykiatrifeltet internasjonalt etterlyses mer kunnskap om strategier for implementering (Matthews, Kelly og Deane, 2011), bruken av anerkjente implementeringsverktøy og i hvilken grad disse etterleves for å få evidensbasert kunnskap anvendt i klinisk praksis (Chambers, 2008). Helsevesenet har dratt lite nytte av å kopiere forbedringsstrategier utviklet for industrien (Shojania og Grimshaw, 2005). En modell som har vist gode resultater også i helsesektoren er PDCA-hjulet (endringsstrategi i fire faser; Plan-Do-Check-Act) utviklet av Deming (Helsedirektoratet, IS-1914, 6/2011; Maher, Gustavson og Evens, 2007; Shojania og Grimshaw, 2005). Helsedirektoratet har initiert ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial og helsetjenesten” som viser til bruk av

denne modellen (Sosial og helsedirektoratet, IS 1162, 09/2005; Sosial og helsedirektoratet, IS-1502, 10/2007). Nasjonalt kunnskapssenter beskriver metoden brukt i kvalitetsforbedringsprosjekter i ulike tjenesteområder inne psykisk helse i Norge, med lovende resultat (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008).

Gjennom denne studien ønsker forfatteren å beskrive bruk og nytte av DDCMHT i en norsk kontekst og tilføre kunnskapsfeltet i Norge erfaringer med bruk av verktøy og metoder i kvalitetsforbedringsarbeid, knyttet til integrert behandling. Målene var å (1) bruke DDCMHT til å måle behandlingskompetanse og endring av denne i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling, (2) undersøke om verktøyet er nyttig i arbeidet med kvalitetsforbedringer i en slik enhet og klinikken forøvrig, og (3) å vurdere i hvilken grad etterlevelse til kvalitetsforbedringsmetodikken kan ha for utfall på kvalitetsindikatorerne i DDCMHT for denne enheten.

## 2 Metode

Studien er en kvantitativ langsgående casestudie ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling 3A ved STHF. DDCMHT benyttes til både baselinemåling (testpunkt 1) og utfallsmåling (testpunkt 2), senere også omtalt som henholdsvis T-1 og T-2 (vedlegg 3).

Hensikten med DDCMHT-kartleggingen var å måle behandlingskompetanse på integrert behandling i hele psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark.

Kartleggingsverktøyet er ikke tidligere benyttet eller validert for norske forhold.

Rusprosjektet ved STHF har oversatt og tilpasset instrumentet til norsk. En kan derfor ikke utelukke at systemforskjeller mellom USA og Norge kan redusere verktøyet's validitet i en norsk kontekst. To målepunkter som omhandler sertifiseringer, lisenser og finansiering ble fjernet, da disse ikke hadde noen relevans for norske forhold. Ytterligere to, som omhandlet medikamentell behandling av avhengighet og kontinuitet i medikamentell oppfølging ble fjernet. Etter utprøving ansås det vanskelig å definere dem så konsist at en differensiert reliabel skåring var sannsynlig. Vurderingen som ble lagt til grunn var raternes (skåernes/intervjuernes) egen manglende medisinfaglige kompetanse og mangel av standard for slik behandling. Andre avvik var bortfall av pasientintervjuer, samt at raterne kun hadde indirekte tilgang til journalene, gjennom intervjuing av behandlerne om hva som var dokumentert i ett visst antall tilfeldig (for dem, anonyme) utvalgte journaler. Dette ble gjort for å kunne gjennomføre evalueringen og bruke pasientjournaler for å sikre full anonymitet og unngå å melde undersøkelsen til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste. Kartleggingen ble utført av to ratere for å kunne få et mål på interraterreliabilitet. Disse hadde ingen videre tilknytning til sikkerhetsenheten i prosjektperioden.

Formålet med kartleggingen i sikkerhetsposten og klinikkens øvrige enheter, var å etablere en baseline for senere evaluering gjennom T-2, danne grunnlag for prioritering av forbedringstiltak ut fra enhetenes mandat, samt etablere eierskap til forbedrings- og implementeringsarbeidet. For å få grunnlag til å vurdere nytte av DDCMHT i kvalitetsforbedringsarbeid på integrert behandling, og tilpassning av instrumentet til en Norsk kontekst, det ble foretatt en spørreundersøkelse til alle enhetene som gjennomgikk T-1 (vedlegg 4).

Endret integrert behandlingskompetanse fra T-1 til T-2 i sikkerhetsavdelingen belyses ved å se på intervensjoner som er foretatt i enheten mellom målingene, og å knytte disse opp mot PDCA-hjulet men i en videreutviklet modellen som omfatter 5 faser utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008) (fig.1).

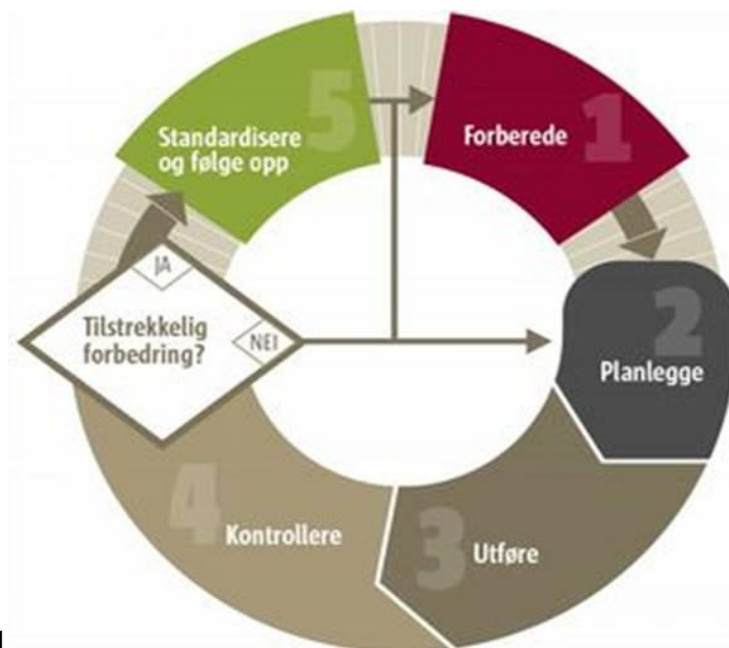


Fig.1

Kunnskapsoverføring viser liten styrke dersom adopsjon av kunnskap ikke synliggjøres og internaliseres gjennom endrede holdninger, rutiner og metoder i praksis (Marty et al., 2008). Forberedelse anses derfor som en viktig fase ved at behovet for endring må erkjennes, kunnskapsgrunnlag og verdier klargjøres. Dette anses som fundamentet for endringsprosessen og påvirker grad av implementering og synliggjøring av eventuelle barrierer som må overvinnes (Brunette et al., 2008; Sosial og helsedirektoratet, IS-1502, 10/2007). I planleggingsfasen kartlegges diskrepansen mellom nåværende- og best praksis, mål settes og forbedringstiltak klargjøres gjennom opplæring, informasjon, rutiner og prosedyrer for så å iverksette gjennomføring av endringer i praksis. Målet med kontroll er å sjekke ut om forbedringene er tilstrekkelige i forhold til mål som er satt, og om rutiner og aktiviteter etterlevs. Tilpasningsdyktige og endringsvillige organisasjoner og miljøer preges av det ledelsesteoretiker Chris Argyris kalte ”Double-Loop Learning”, dvs. at man ikke bare retter

opp avvik (Singel-Loop), men gjør noe med årsakene til at de oppstår (Schein, 1980). Ved å analysere data kan en i kontrollfasen rette opp enkle praksisavvik, eller endre på standarden for avvik, ved å gå tilbake til planleggingsfasen å endre rutiner og prosedyrer for praksis. Dersom analysene viser at målene nås, sikres videreføring av praksis gjennom standardisering av prosedyrer for aktivitetene.

Gjennom deltakende observasjon som ekstern veileder i implementeringsarbeidet, ble det forsøkt å avdekke grad av troskap (fidelity) til alle fasene i metodikken, for å se om dette kunne ha betydning for grad av forbedring. For å komplementere analysen, ble det foretatt en enkel spørreundersøkelse om forhold DDCMHT-informantene i sikkerhetsenheten anså av betydning for resultatene av T-2 (vedlegg 5). Disse omfattet både forforståelse, prioriteringer, kvalitetsforbedringsmetodikkens ulike faser og bistand i arbeidet.



## 3 Gjennomføring

### 3.1 Rusprosjektet

Rusprosjektet hadde som mandat å øke den rusfaglige kompetansen ved psykiatrisk klinikk ved STHF gjennom formidling av best praksis på integrert behandling og bevisstgjøring av holdninger til pasienter med samtidig ruslidelse. Teamet bestod av psykolog, sosionom, vernepleier, spesialsykepleier og spesialpedagog, med yrkeserfaringer fra privat praksis, rusbehandlingsinstitusjoner, lavterskeltiltak rus, psykiatri/akuttpsykiatri og kriminalomsorg. De fleste hadde leder- og prosjekterfaring, og formell utdanning i veiledning eller endringsledelse. Rusprosjektet var klinikkovergripende og tilbød enhetene opplæring av helsepersonell både i teoretisk og praktisk-metodisk kunnskap, gjennom ordinær undervisning, oppfølging og veiledning i klinisk arbeid, samt i kvalitetsforbedringsmetodikk og implementeringsarbeid. Utgangspunkt for type og mengde bistand har kun vært basert på enhetenes uttalte behov og ønske om å benytte disse tjenestene. Implementeringsstøtten har derfor vært gitt, og blitt utviklet i tråd med enhetenes særskilte ønsker og prioriteringer.

Rusprosjektet søkte råd i det norske fagmiljøet om type kartleggingsverktøy som kunne benyttes til å avdekke kompetanse på integrert behandling. Teamet hadde således liten kjennskap til DDCMHT før teamets medarbeidere oversatte det til norsk. Kvalitetssikring og utprøving foregikk gjennom drøftinger av oversettelse, tilpassninger og utprøving av instrumentet ved hjelp av rollespill i teamet.

### 3.2 DDCMHT-kartlegging

I tillegg til alle klinikkens ledere og spesialister, ble leder for sikkerhetsposten informert om måleinstrumentet DDCMHT på et eget ledermøte i klinikken. I forkant av intervjuet ble det foretatt en intern gjennomgang av hensikten med kartleggingen og organiseringen av denne; hvordan journaler skulle velges ut, hvilke informasjonsmaterieell som skulle fremlegges og hvilke observasjoner som skulle gjøres.

DDCMHT intervjuet i sikkerhetsposten ble gjennomført januar-2010 og ledet av to av rusprosjektets ansatte, Gro Ruud og Tevje Revheim. Psykiater/seksjonsoverlege, fagutviklersykepleier og miljøterapeut ble intervjuet i gruppe i ca 2,5 time. Deretter ble

enhetsleder intervjuet i ca ½ time, og skriftlig materiell innhentet (prosedyrer, rutiner, informasjonsmateriell etc.), samt fysisk miljø observert. Rapporten ble ferdigstilt og sendt enheten for intern gjennomgang februar-2010. I juni ble enhetens DDCMHT-resultatet gjennomgått sammen med rusprosjektet for å sikre at avdelingsledelsen kjente seg igjen i skåringsprofilen, evt. rette opp feil, samt ønske om type bistand og hva en ønsket å få mer klinisk erfaring med før forbedringstiltak skulle prioriteres. Enheten ble vurdert til å ha ett mandat som tilsier at de burde ha en behandlingskompetanse på rundt 4 (DDC/DDE-nivå), altså kunne tilby integrert behandling til personer med mer alvorligere grad av rusproblemer med bakgrunn i pasientenes sammensatte problemer (ulike komorbide psykiske lidelser og ruslidelser).

T-2 ble gjennomført januar 2012 av de samme raterne.

### 3.3 Undervisning og opplæring

Tabell 1. Antall kurs; gjentatte kurs, eller varighet av fortløpende bistand.

Tilbud om opplæring og bistand til sikkerhetspsykiatrisk enhet i perioden			
Type	Tema	Varighet	Antall kurs
<b>Klinikkovergripende</b> Teoretisk/praktisk opplæring	Motiverende intervju	3 dager	3
Seminar	Ruslidelse og Attention Deficit Hyperactivity Disorder	1 dag	1
	Rusutløste psykoser	1 dag	1
Kurs	Kognitiv terapi for ruspasienter	1 ½ dag	1
Sertifiseringskurs	EuropASI - Addiction Severity Index (ASI)	3 dager	1
Opplæring	Oppstartsseminar kvalitetsforbedringsmetodikk	1 dag	1
Opplæring/erfaringsutveksling	Spredningsseminar	1 dag	1
<b>I sikkerhetsenheten</b> Teoretisk undervisning	Perspektiver på rus og avhengighet	1-2 timer	5
	Rusens psykologi/biologi	1-2 timer	5
	Evidensbasert rusbehandling	1-2 timer	5
	Fakta om rusmidler - virkning, tegn og symptomer	1-2 timer	5
	Vurderingsprosessen - russcreening og kartlegging	1-2 timer	5
	Forståelse av rus og samtidig psykiske lidelser	1-2 timer	5
	Motivasjon og stadiebasert behandling	1-2 timer	5
	Prinsipper i integrert behandling	1-2 timer	5
Teoretisk/praktisk opplæring	Motiverende intervju	1 dag	1
Implementeringsseminar	Bruk av verktøy, metodikk og nye rutinebeskrivelser	1 dag	1
Praktisk opplæring/veiledning	Bistand og oppfølging i klinisk arbeid	20 % st	9mnd
Veiledning og oppfølging	Opplæring og bistand i kvalitetsforbedringsarbeid	20 % st	9 mnd

Rusprosjektet arrangerte flere klinikkovergrepene fagkurs og seminarer, som ansatte i sikkerhetsposten deltok på (tabell1). Det ble etter ønske fra sikkerhetsenheten startet opp interne undervisningsrekker om rusrelaterte tema og prinsipper og metoder i integrert behandling, november 2009 (tabell1).

Rusprosjektet ved forfatter, ble med i klinisk arbeid fra februar til november 2010 etter ønske fra enheten (tabell 1). Arbeidet inkluderte veiledning og utprøvinger av verktøy og metodikk sammen med miljøpersonalet, samt deltakelse på behandlingsmøter. Utprøving av kartleggingsverktøyet EuropASI, bruk av denne i behandlingsplanlegging, pay-off matrise (oversikt over pasientens opplevelse av fordeler og ulemper ved bruk av rusmidler, og fordeler og ulemper ved å være rusfri), bruk av skalering (vurdering av viktighet, mestringstro eller sannsynlighet for et utfall, på en tallskala), skriftlig permisjonsplanlegging og evaluering som ett ledd i behandling og tilbakefallsforebyggende arbeid, FAK-skjema (foranledning, atferd og konsekvens av handlingsvalg), endringshjulet (metode for vurdering av motivasjonsstadiet) og MI-metodikk (metode for forsterkning av motivasjon for endring).

### **3.4 Kvalitetsforbedringsarbeidet på 3A**

November 2010 ble deler av kompetanseområdene vurdering og behandling prioriterte forbedringsmål, arbeidsgruppe for implementering og kvalitetsforbedring nedsatt og milepelsplan utarbeidet. Etter ønske fra sikkerhetsenheten bisto rusprosjektet videre i implementeringsarbeidet med veiledning og deltakelse for å sikre at rutiner og struktur ble lagt til rette i tråd med kvalitetsforbedringsmetodikken som skulle benyttes.

På nyåret 2011 arrangerte rusprosjektet et oppstartseminar der det ble gitt teoretisk og praktisk opplæring i kvalitetsforbedrings- og implementeringsmetodikk for de enhetene som var klare med sine forbedringsprioriteringer. 3A sin arbeidsgruppe besto av enhetsleder, fagsykepleier og seksjonsoverlege. Disse hadde ansvar for prioriteringer og implementering av tiltak i avdelingen, der veileder hadde ansvar for å lede prosessen og gi tilbakemeldinger på det løpende kvalitetsforbedringsarbeidet.

Enhetsledelsen besluttet å ta i bruk standardiserte og validerte ruscreenings- og kartleggingsverktøy rutinemessig i posten. Mars 2011 arrangerte sikkerhetsposten i samarbeid med veileder en fagdag der ansatte fikk en gjennomgang av DDCMHT-resultatene som lå til grunn for kvalitetsforbedringene som skulle igangsettes, samt gjennomgang av

erfaringer med verktøy utprøvd i klinisk arbeid. Alle ansatte ble gitt opplæring i Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)/ Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) og AUDIT-E /DUDIT-E (E; extended) og gjort kjent med rutiner for ny praksis ved hjelp av flytskjema (teoretisk og billedlig fremstilling av rutiner, prosedyrer og ansvar for de ulike aktivitetene) (Vedlegg 2, fig. 1-4).

Alle tre sykepleieansvarlig gruppeledere og en fra Ny-Start teamet ble sertifiserte i EuropASI. Flere av de nye verktøyene som ble introdusert i enheten la grunnlag for å vurdere pasientenes motivasjon til å arbeide med rusproblemene slik at behandlingsintervensjonene kunne tilpasses dette. Det ble en gjennomgang av diagnoser med spesielt fokus på rusdiagnoser. Noe som førte til at tentative og differensierte rusdiagnoser ble vurdert og dokumentert nøyere.

Gjennom det kliniske arbeidet i enheten beskrev pasienter mangelfull planlegging av permisjon, og mente at mer fokus i forkant kunne redusere impulsive rusepisoder.

Rusprosjektet introduserte skriftlige permisjonsplanleggings- og evalueringsskjema i klinisk arbeid, der triggere, risikosituasjoner og alternative handlingsstrategier var vesentlig temaer for både rusbruk, aggresjon og vold, samt for eskalering av psykiske symptomer. Metodikken som ble benyttet i permisjonsplanlegging og evaluering baserte seg på kombinasjon av MI og kognitiv atferdsterapi, med utgangspunkt i pasientens eget mål.

Gjennom utprøving av permisjonsevalueringer i klinisk arbeid gav ansatte tilbakemelding på at det ble avdekket kognitiv svikt utover det som var kjent gjennom etablerte rutiner for slik vurdering hos enkelte pasienter. Dette dannet grunnlag for et større fokus på kartlegging og utredning av kognitive funksjoner.

Fagsykepleier i enheten tok ansvar for å kontrollere etterlevelse av nedfelte rutiner på valgte aktiviteter, og sammen med enhetsleder, sjekke ut og forbedre kvalitet på dokumentasjon av utførte screeninger og kartlegginger. Hovedaktivitetene ble evaluert, revidert og standardisert gjennom bruk av flytskjema (vedlegg 2, fig.1-4).

Screening, kartlegging og ny metodikk skulle bidra til stadiebasert vurdering, til nytte i behandlingsplanlegging og evaluering. Gjennomgang av behandlings- og sykepleieplaner høst 2011, viste at rutiner for formidling av pasientens motivasjonsstadium ikke var godt nok vurdert og dokumentert opp mot behandlingsintervensjoner og måtte få eget fokus i behandlingsmøtene. Det ble også avdekket at behandlingsevaluering hver 3.uke ikke ble rutinemessig fulgt opp. Arbeid med integrerte behandlingsplaner og evalueringsrutiner, ble derfor prioritert som nye forbedringsmål, og milepelsplan utarbeidet.

## 4 Resultat

Først presenteres vurderinger som er gjort i forbindelse med DDCMHT instrumentet og endringer i denne som kan ha vært av betydning for utfall i T-2. Deretter presenteres opplevd nytte av kartleggingen i forhold til integrert behandlingskompetanse i klinikkens enheter, for så å se på utfallet av implementeringsarbeidet for sikkerhetspsykiatrisk avdeling (tabell 2).

Etter gjennomføring av DDCMHT-kartlegging i ni av klinikkens enheter, ble interrater-reliabilitet målt og viste seg god for alle dimensjonene (vedlegg 3). Etter flere intervjuer i klinikken, vurderte intervjuerne allikevel at skåren på innhenting av historikk på psykisk lidelse og ruslidelse (anamnese) ikke ble valid nok bare med indirekte journaltilgang og utelot å skåre dette punktet på T-2 for samtlige enheter. Skårene valgte også å trekke ut målepunkter i tilknytning til tilrettelegging for bruk av selvhjelpsgrupper i etterkant av behandling og tilgjengelig brukeransatt ved T-2 for sikkerhetsenheten. Begrunnelsen for dette relateres til at pasientpopulasjonen deres preges av såpass komplekse kombinasjoner av alvorlig psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelse, rus og vold at de ikke egner seg for deltakelse i Anonyme Alkoholikere (AA), som eneste tilgjengelige selvhjelpsgruppe i distriktet. Målepunktene selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid i kompetanseområdet behandling ble stående, men slått sammen ved T-2, for at enheten tilstreber alternative intervensjoner rettet mot deres pasientgruppe. Bakgrunn for redusert skår på T-2 var at enheten ikke hadde realisert sine konkrete planer om brukeransettelse i perioden frem til T-2. DDCMHT-kartleggingen for sikkerhetspsykiatrisk avdeling i denne studien inneholdt totalt 27 målepunkter på T-2.

I forkant av T-2, ble det sendt ut spørreskjema om opplevd nytteverdi av DDCMHT-kartleggingen til alle ledere av enheter som hadde deltatt i T-1. Det kom inn svar fra 11 enhetsledere gjeldende for 14 enheter av 18 mulige etter omorganiseringer i klinikken, en besvarelsesprosent på 78. Prosentberegninger som beskrives videre tar utgangspunkt i antall besvarelser, ikke antall enheter som er representert (tallene ville vært omtrent identiske).

På spørsmålene ”Forhold en mener DDCMHT ikke etterspør, som er av betydning for behandlingskvalitet ut fra en norsk kontekst?”, og ”Målepunkter som oppleves lite tilpasset norske forhold, og bør vektlegges mindre?” kom det ingen innspill og alle tilbakemeldingene var besvarte med nei på begge spørsmålene. 73 % av enhetslederne gav uttrykk for at kompetansekartleggingen hadde vært nyttig for dem. 82-90 % mente kartleggingen i seg selv

hadde ført til større bevissthet rundt holdninger til pasienter med rusproblemer, større refleksjoner over egen praksis og eget mandat. T-1 hadde gitt dem god oversikt over forbedringsområder og gjort dem mer beviste på betydningen av rusfaglig kompetanse i enheten. 45 % av klinikkens enhetsledere gav tilbakemelding på at DDCMHT-instrumentet ikke anerkjente godt nok praksis som ikke var rutinemessig nedfelt eller dokumentert. 64 % mente at de fleste forbedringsområdene som ble synliggjort ville være enkle å implementere i allerede eksisterende rutiner, men at de allikevel ikke var i stand til å endre praksis kun ut fra dette. 72 % formidlet at det ville være vanskelig å få til varige endringer, uten veiledning og bistand i forbedringsprosessen. Ingen enheter bekreftet at de ville få til dette på egen hånd.

Tabell 2.

Resultat for sikkerhetspsykiatrisk avdeling STHF DDCMHT kompetanseområde	T1	F	P	U	K	S	T2	E
<b>Totalskår</b>	<b>2,7</b>						<b>3,9</b>	<b>1,2</b>
<b>Programmets struktur</b>	<b>3,5</b>						<b>4,0</b>	<b>0,5</b>
Hovedfokus og definert mandat for enheten	4,0	-	-	-	-	-	4,0	0,0
Koordinasjon og samarbeid med rusbehandling	3,0	x	x	x			4,0	1,0
<b>Program</b>	<b>3,0</b>						<b>4,5</b>	<b>1,5</b>
Rutiner for hvordan ROP-pasienter ønskes velkommen	5,0	-	-	-	-	-	5,0	0,0
Distribusjon av litteratur	1,0	x	x	x			4,0	3,0
<b>Klinisk prosess: Kartlegging/utredning</b>	<b>3,0</b>						<b>4,5</b>	<b>1,5</b>
Rutinemessig bruk av metoder for screening av ruslidelse	3,0	x	x	x	x	x	5,0	2,0
Rutinemessig kartlegging ved positiv ruscreening	2,0	x	x	x	x	x	5,0	3,0
Psykisk lidelse og ruslidelser diagnostisert og dokumentert	4,0	x	x	x	x	x	5,0	1,0
Innhente historikk på ruslidelse og psykisk lidelse	3,0	x	x	x	x	x	-	-
Programmet utreder/behandler personer med destruktiv atferd	5,0	-	-	-	-	-	5,0	0,0
Matching basert på kartlegging av funksjonsnivå	3,0	x	x	x			4,0	1,0
Stadiebasert vurdering	1,0	x	x	x			3,0	2,0
<b>Klinisk prosess: Behandling</b>	<b>2,2</b>						<b>3,1</b>	<b>0,9</b>
Behandlingsplan	3,0	x	x	x	x	x	5,0	2,0
Vurdering og overvåking av lidelsene og samspill mellom dem	3,0	x	x	x			4,0	1,0
Prosedyrer for rusa pasienter og /eller tilbakefall	2,0	-	-	-	-	-	2,0	0,0
Stadiebasert behandling	1,0	x	x	x			3,0	2,0
Grad av spesialisert rusbehandling	2,0	x	x	x			3,0	1,0
Psykoedukasjon i sammenheng mellom rus og psykisk lidelse	3,0	x	x	x			4,0	1,0
Familieopplæring og støtte	2,0	-	-	-	-	-	3,0	1,0
Intervensjon for å knytte kontakt med selvhjelpsgrupper	1,0	-	-	-	-	-		
Likemannsarbeid	2,0	-	-	-	-	-	1,0	-0,5
<b>Behandlingskontinuitet</b>	<b>4,0</b>						<b>4,7</b>	<b>0,7</b>
Samsykelighet beskrevet og tatt hensyn til i utskrivningsprosessen	4,0	-	-	-	-	-	5,0	1,0
Kapasitet til å opprettholde kontinuitet i behandlingen	5,0	-	-	-	-	-	5,0	0,0
Fokus på bedring (recovery) av begge lidelsene	3,0	x	x	x			4,0	1,0
Tilrettelegging for bruk av selvhjelpsgrupper i etterkant av behandling	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Fagpersonell</b>	<b>2,3</b>						<b>3,3</b>	<b>1,0</b>
Psykiater/lege med ruskompetanse	4,0	-	-	-	-	-	4,0	0,0
Personell med utdanning/kompetanse i avhengighet	2,0	-	-	-	-	-	2,0	0,0
Veiledning av personell uten tilstrekkelig ruskompetanse	1,0	x	x	x			3,0	2,0
System for evaluering/kvalitetssikring av behandlingen	2,0	x	x	x	x		4,0	2,0
Likemann/brukeransatt tilgjengelig	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Opplæring</b>	<b>1,5</b>						<b>5,0</b>	<b>3,5</b>
Personal med grunnleggende opplæring i ruslidelse	2,0	x	x	x	x	x	5,0	3,0
Personal med DD-opplæring	1,0	x	x	x	x	x	5,0	4,0
<b>Snittskår på kompetanseområder</b>	<b>2,8</b>						<b>4,1</b>	<b>1,3</b>

Tabell 2. T-1, F: fase for forberedelse, P: planlegging, U: utførelse, K: kontroll, S: standardisering, - : ingen konkrete endringsmål, x: angir gjennomført fase, T-2, E: endring i kompetanse.

Behandlingsprogrammets struktur ved T-1 viste at enheten hadde et mandat som innebar en integrert behandlingskompetanse på DDC/DDE nivå, dvs. en sumskåre på 4 (75 %). T-2 viser at sikkerhetsposten hadde økt sin integrerte behandlingskompetanse fra 42,5 % til 72,5 % i perioden, nært sitt antatte mandat. Baselinemålingen for sikkerhetsposten viste at områdene opplæring, behandling og fagpersonell hadde størst forbedringspotensialet. T-2 viste størst endring på kompetanseområdet opplæring hvor enheten hadde en kompetanseøkning fra 12,5-100 %. Kompetanseområdene behandling og fagpersonell viste seg ved T-2 å ligge på rundt 55 % av full måloppnåelse og hadde den svakeste endringen, med henholdsvis 23,5 % og 25 % forbedring fra T-1. Kun ett av de i alt 12 målepunktene i de to kompetanseområdene hadde gjennomgått alle fem fasene i kvalitetsforbedringsmetodikken.

Resultat av kvalitetsforbedringsprosessen der mål var satt og implementeringsstrategien fulgt i de tre første fasene (ti målepunkter), var måloppnåelsen i snitt på 51,7 % av mulig forbedringspotensial. Det var en samlet økning i snitt på integrert behandlingskompetanse fra 27,5 % ved baseline, til 65 % ved T-2. På de seks målepunktene der enheten hadde arbeidet seg gjennom alle fasene, oppnådde de topp skåre med 100 %, fra en integrert behandlingskompetanse på 35 % ved baseline.

Spørreundersøkelsen til sikkerhetsenheten om ulike forhold i kvalitetsforbedringsprosessen av betydning for implementering, gav denne i liten grad variasjon i styrke som kunne bidra til å trekke ut spesielle forhold. Egen forforståelse, ledelse med kultur for endring, implementeringsmetodikk og bistand til opplæring og implementering var alle elementer som ble beskrevet å ha stor betydning for implementeringsgrad på T-2.

## 5 Diskusjon

DDCMHT verktøyet ser ut til å ha tydeliggjort viktige områder av vesentlig betydning for integrert behandling og vært med på å bevisstgjøre helsepersonell om dette. Instrumentet har fanget opp vesentlige endringer i behandlingskompetansen i sikkerhetspsykiatrisk avdeling i 2-årsperioden. På målepunktene der sikkerhetsenheten ikke hadde arbeidet med kontroll- og standardiseringsfasene viste resultatet å være betydelig svakere enn der alle fasene var fulgt.

### 5.1 Metodesvakheter

Det var flere metodesvakheter i studien. Viktigst er kanskje at måleinstrumentet DDCMHT som ble benyttet som utgangspunkt for de kvalitetsforbedrende tiltakene, verken er tilstrekkelig validert internasjonalt eller har vært oversatt og utprøvd på norsk tidligere. Bruken av måleverktøyet i denne studien avvek også fra originalverktøyet på flere punkter. Viktigst var at skårerne som foretok DDCMHT-kartleggingen kun hadde indirekte tilgang til journalene, noe som kan ha redusert både validiteten og reliabiliteten av resultatet på enkelte målepunkter. Skårerne foretok heller ikke pasientintervjuer ved T-1 noe som bidro til at en i liten grad kunne vurdere om endring i behandlingskompetanse førte til merkbare endringer i behandlingspraksis overfor pasientene.

Avvik i gjennomføringen, sammen med tilpassninger til norsk kontekst eller mangel av sådanne, gjør at instrumentet og resultatene ikke direkte kan sammenlignes med andre studier. Ikke alle ledd viste seg å være godt nok tilpasset sikkerhetspsykiatriens noe særegne pasientpopulasjon. McGovern, Matzkin og Giard (2007) har antydnet at vektning av de ulike målepunktene innenfor hvert kompetanseområde bør differensieres opp mot deres betydning for integrert behandling. Dette ville sannsynligvis gjort det lettere å tilpasse verktøyet uten å komme i skade for å redusere dets totale validitet, opp mot best praksis på integrert behandling i ulike kontekster.

Svakheter hadde også spørreundersøkelsen til klinikkens enhetsledere om nytten av kartleggingen. Spesielt delen som gjaldt spørsmål om tilpassninger til norske forhold. Enhetsledere, behandlere og helsepersonell hadde svært begrenset kjennskap til originalverktøyet DDCMHT. Spørsmål om tilpassninger ble til dels gitt som åpne spørsmål etter ja/nei, med noen hentydninger til organisering og ansvar mellom 1.- og 2. linjetjenesten,



behandlingstradisjon, tilgjengelighet av tilbud osv. Åpne spørsmål stiller større krav og er mer tidkrevende å besvare og kan være direkte årsak til at ingen hadde noe å utsette på målepunktene. Ellers knyttes verktøyet tett opp til intervensjoner som betraktes som best praksis overfor pasientgruppen (Gotham et al., 2009) og at punktene aksepteres i sin helhet på bakgrunn av dette. Det vites også lite om besvarelsen er basert på det generelle inntrykket blant behandlere og helsepersonell i enheten, eller om det kun er enhetsleders vurdering ettersom spørreskjema ble sendt ut gjennom de sistnevnte.

På spørsmålet om implementeringsmetodikkens betydning for utfall av kvalitetsforbedringer i sikkerhetsenheten har studien i for liten grad tatt høyde for andre viktige faktorer for endring og implementering og en randomisering burde vært foretatt. Tidsintervallet fra T-1 til T-2 var heller ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om det faktisk var ett skille i metodikkens anvendelse for endringer av kvantitative og kvalitative målepunkter.

## **5.2 Endring i integrert behandlingskompetanse**

Sikkerhetspsykiatrisk avdeling hadde økt sin integrerte behandlingskompetanse betydelig i perioden. De ulike kompetanseområdene hadde oppnådd ulik grad av endring, noe som antas å skyldes både forhold ved DDCMHT-instrumentet i norsk kontekst, avvik i måten instrumentet er benyttet på og forhold ved selve kvalitetsforbedringsprosessen i enheten.

Enhetens svakeste kompetanseområde ved baseline var opplæring, hvorpå dette fikk høy prioritet i kvalitetsforbedringsarbeide. Matthews, Kelly og Deane (2011) beskriver tilsvarende funn og prioriteringer for behandlingsenheter i sine studier. I løpet av toårsperioden hadde sikkerhetsenheten gått fra MOS-nivå til DDE-nivå på opplæring. Betydelig økt skåre på dette kompetanseområde avviker fra funn i studiene til McGovern der opplæring, veiledning og bistand i implementeringsarbeidet er gitt (McGovern et al., 2010). Vurderingsgrunnlaget for T-2 samsvarer med DDCMHT-manualen i forhold til % vis helsepersonell som er gitt opplæring, sammen med enhetens etablerte rutiner for kontinuering av opplæring og trening (vedlegg 1). Manualen beskriver derimot ikke innholdet av denne opplæringen så presist at skåringen uten videre kan la seg sammenligne med studiene til McGovern et al., (2010). Opplæring og trening i klinisk arbeid viste seg å gi større trygghet i arbeidet, noe som også beskrives av andre (Graham et al., 2006; Hughes et al., 2008). T-1 viste at behandlingsprogrammet kunne koordinere behandlingen av ruslidelsen bedre for flere av sine

pasienter med ROP-lidelse, ikke bare pasienter knyttet til program for legemiddelassistert rehabilitering. Gjennom opplæring av helsepersonell i prinsipper for og metoder i integrert behandling hadde enheten ett bedre fundament for samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling om samtidig behandling og koordineringen ble ytterligere styrket i perioden. Litteratur på både psykisk lidelse og ruslidelse ble gjort tilgjengelige for pasientene høst 2011, noe som førte til at enheten oppfylte sitt mandat på kompetanseområdet ”program”. Selv om dette i seg selv var enkelt å oppfylle, krevde det at helsepersonellet hadde kunnskap om litteraturens innhold, slik at denne kunne anvendes i psykoedukative samtaler med pasienter og eventuelt pårørende.

DDCMHT-instrumentet presiserer ulike temaer i vurderingsprosessen der rutinemessighet, standardiseringer og krav til dokumentasjon i arbeidet vektlegges. T-1 gav derfor god oversikt over forbedringspunkter på kompetanseområdet ”vurdering”. Vurderingsprosessen danner selve grunnlaget for en målrettet integrert behandlingsplan og anses som en vesentlig intervensjon (Helsedirektoratet IS-1948, 2011; Mueser et al., 2003). Sikkerhetsenheten prioriterte dette kompetanseområdet høyt og igangsatte konkret forbedringstiltak i tråd med det som nå anbefales i ny nasjonalfaglig retningslinje (Helsedirektoratet IS-1948, 2011). 3A fulgte kvalitetsforbedringsmetodikken i alle faser på målepunkter av rutinemessig karakter (utført/ikke utført) på området ”vurdering”. T-2 viste en betydelig forbedret skåre noe som samsvarer med funn gjort av McGovern, Matzkin og Giard (2007) der tilsvarende opplærings- og veiledningstiltak er gitt og bistand i implementeringsarbeidet gjort tilgjengelig.

Kompetanseområdet ”behandling” derimot, tilfredsstilte ikke sikkerhetsenhetsens mandat til behandlingskompetansen ved T-2. Dette viser seg å avvike fra funn McGovern, Matzkin og Giard (2007) gjort, der overnevnte intervensjoner har ført til betydelig forbedring på dette kompetanseområdet. Bakgrunn for dette kan muligens finnes ved å se nærmere på forhold som kan knyttets til forbedringsarbeidet med de 8 ulike målepunktene på kompetanseområdet. Skriftlig prosedyre for rusa pasienter og/eller tilbakefall i enheten, viste ingen endring i perioden. Det ble tidlig i forbedringsprosessen bestemt at fagetiske retningslinjer for håndtering av rusa pasienter skulle utarbeides felles for de tre døgnenheterne i rehabiliteringsseksjonen. Dette skulle være grunnlaget for utarbeidelse av prosedyrer i den enkelte enhet. Det ble av den grunn ikke lagt arbeid i å skriftliggjøre gjeldende rutiner. Dette kan være ett klassisk eksempel på at en mister eierforholdet til målene dersom ansvaret legges på ett annet nivå i organisasjonen (Schein1980).

Lite tilgjengelighet av selvhjelpsgrupper i distriktet og kompleksiteten i sikkerhetsenhets pasientpopulasjon kan være årsak til at enheten ikke har satt mål for dette arbeidet. Pasientene gis tilbud om deltakelse i arbeidstilbudet Nye Muligheter, og behandlingsprogrammet anvender dette som ett nettverksbyggende tiltak for sine pasienter. DDCMHT-verktøyet anses ikke å være godt nok validert for denne type enhet, i en norsk kontekst.

Ved T-2 viste det seg at både ”stadiebasert vurdering” og ”stadiebasert behandling” ikke var god nok, eller godt nok dokumentert, selv om behandlingsprogrammet hadde rutiner for bruk av verktøy og metodikk for dette. For begge disse forbedringspunktene var ikke kontrollfasen i kvalitetsforbedringsmetodikken etterlevd, og kun ett av de i alt åtte målepunktene på kompetanseområde ”behandling” hadde gjennomgått samtlige faser i forbedringsmetodikken. Dette kan være ett uttrykk for en forventning om at kvalitet automatisk blir sikret gjennom opplæring, rutiner og standardisering for bruk av verktøy og metodikk (Maher, Gustavson og Evens, 2007; Schein1980). Økt teoretisk kunnskap gir ikke automatisk endring i klinisk praksis (anvendt kunnskap) (Graham et al., 2006; Hughes et al., 2008), og er spesielt utfordrende i forhold til vurderinger (kvalitative forhold). Dersom det ikke lages rutiner og prosedyrer for å sikre at ny kunnskap og metodikk anvendes etter intensjonen, vil opplæringstiltak nærmest være bortkastet (Chambers et al., 2010; Drake, Bond og Essock, 2009) i forhold til varige kvalitetsforbedringer.

Det at sikkerhetsenheten ikke har nådd sitt behandlingsmandat på området ”behandling” kan også henge sammen med at enheten har overvekt av helsepersonell med lavt utdanningsnivå og at det kreves betydelig trening i anvendelse av metodikk og vurderinger.

Noe av validiteten i skårene på kompetanseområdet kan være redusert med bakgrunn i at klinisk bruk av metodikk ikke kunne kontrolleres mot pasientintervjuer, da disse ble utelatt.

Sikkerhetsenheten hadde god skåre på kontinuitet i behandlingen med en integrert behandlingskompetanse på 92,5 % ved T-2. Dette skyldes i hovedsak enhetens ambulante oppfølgingstilbud ”Ny Start” og arbeidstilbudet ”Nye Muligheter” som enheten opprettet for å redusere brudd i behandlingsoppfølgingen. Disse tilbudene ser ut til å korrespondere godt med det som beskrives som best praksis (Helsedirektoratet IS-1948, 2011). Målepunktet ”tilrettelegging for bruk av selvhjelpsgrupper i etterkant av behandling” som ble fjernet innvirker ”positivt”, ved å gi økt totalskår på kompetanseområdet ”kontinuitet i behandlingen”.

McGovern et al., 2010 viser til at kompetanseområde fagpersonell er ett område som i liten grad forbedres i løpet av en 18-måneders periode, noe som også viste seg å gjelde for sikkerhetsposten. Mange ansatte med lavt utdanningsnivå og lite turnover av helsepersonell, krever målrettede kompetanseutviklingsplaner i et langsiktig perspektiv, i tillegg til selektiv plan for nyrekruttering. Rusfaglig utdanning gis i hovedsak på høyskolenivå og kostnader knyttet til videreutdanning av personell er betydelig. Kostnader var av stor betydning for prioriteringer i sikkerhetsposten. I hvilken grad internopplæring og kontinuerlig veiledning som knyttes tett opp til sikkerhetsenhetens pasientpopulasjon kan erstatte mer formell utdanning, er usikkert, selv med stabilt helsepersonell.

## 5.2 Opplevd nytte av DDCMHT-verktøyet

I likhet med funn gjort av Matthews, Kelly og Deane (2011), gav enhetslederne i denne studien tydelig tilbakemelding på at DDCMHT hadde nytteverdi i seg selv. For sikkerhetsavdelingen hadde kartleggingen gitt god oversikt i forhold til å prioritere forbedringstiltak. DDCMHT-kartleggingen hadde gitt klinikkens enheter større bevissthet om viktigheten av å ha rusfaglig kompetanse, økt deres forståelse av vurderingsprosessens betydning, samt gjorde dem mer reflektert over egne holdninger og mandat til pasienter med ruslidelse. Dette er områder som danner selve grunnlaget for forforståelsen og er fundamentet i forbedringsprosessen med integrert behandling (Brunette et al., 2008; Sosial og helsedirektoratet, IS-1502, 10/2007).

I denne undersøkelsen mente allikevel nesten halvparten av klinikkens enhetsledere at instrumentet ikke anerkjente udokumentert praksis godt nok. McGovern, Matzkin og Giard's (2007) funn av overestimering av kompetanse ved selvrappotering, kan knyttes nettopp til at udokumentert praksis lettere anerkjennes og spørsmålene tolkes (feiltolkes) og besvares i lys av det. De samme enhetslederne beskrev at fokuset på bruksteori i DDCMHT-intervjuene førte til større bevissthet på skriftlig dokumentasjon i etterkant. Ved intern gjennomgang av sykepleiedokumentasjon og journaler i sikkerhetsenheten viste det seg at presisjon i dokumentasjon var mangelfull og fikk derfor etter hvert et betydelig fokus. Til forskjell fra andre måleinstrumenter på feltet, så baseres DDCMHT-skårene seg på dokumentasjon av praksis, noe som gir styrket reliabilitet. Ko-Rus Øst sitt gap-analyseverktøy som snart blir tilgjengelig i bruk, vil gi behandlingssenheter viktige informasjon om praksis, men på generelt

grunnlag være mindre valid enn DDCMHT (McGovern, Matzkin og Giard, 2007) fordi selvrapporing knyttes til uttalt teori.

## 5.3 Kvalitetsforbedringsprosessen på 3A

Forberedelses- og planleggingsfasen i sikkerhetsenheten var lang. Det gikk ti måneder fra baselinemålingen til posten hadde prioriteringsmålene sine klare og enda fire måneder til endringene ble igangsatt.

Ansatte på 3A gav uttrykk for at opplæring og utprøving av verktøy og ny metodikk i klinisk arbeid gjorde det lettere å definere konkrete mål for behandling av ruslidelsen. Pasientene var i større grad involvert i behandlingsmålet, noe som ansatte opplevde å høyne behandlingskvaliteten. Prioritering av forbedringsarbeidene ble gjort på grunnlag av disse kliniske erfaringene og på den måten ble forforståelsen for endringer forankret hos helsepersonalet, noe informantene mente hadde vært av stor betydning for utfallet i T-2.

Resultatet fra spørreundersøkelsen i sikkerhetsenheten peker på at forbedringene som er oppnådd, ikke bare dreier seg om gjennomføringen av de ulike fasene i kvalitetsforbedringsmetodikken i seg selv, men kvaliteten av det arbeidet som er utført i hver fase, med vekt på forforståelse både hos ledelse og helsepersonell, lederatferd og bistand. Dette passer godt med funn fra studier gjort av både Brunette og McGovern og sier noe om kompleksiteten i arbeidet med endring av praksis (Brunette et al., 2008; McGovern et al., 2010).

Alle målepunktene som gjennomgikk samtlige faser i kvalitetsforbedringsmetodikken oppnådde DDE-nivå på T-2. Dette indiker at etterlevelse av alle fasene i PDCA-hjulet kan være en av flere suksessfaktorer for implementering av kvalitetsforbedringer og endret klinisk praksis.

Informantene i sikkerhetsavdelingen anså at bistand i hele prosessen fra teoretisk og praktisk opplæring, til bistand og oppfølging i implementeringsarbeidet hadde vært av stor betydning for de forbedringene de hadde oppnådd i perioden. 90 % av klinikkens enhetsledere signaliserte at de trengte bistand i implementeringsarbeidet for å få til varige endringer. Dette oppfattes som en erkjennelse av manglende kunnskap om både kvalitetsforbedringsmetodikk og integrert behandlingskompetanse. Er disse tilbakemeldingene allmenngyldige, vil ikke norsk psykiatri bevege seg nevneverdig i retning av å kunne tilby integrert behandling, uten

klinikkovergripende satsinger der kvalifisert bistand gjøres tilgjengelig på begge områder. Disse funnene ser ut til å sammenfalle med ulike studier som beskriver bistand i opplæring og kvalitetsforbedringsarbeidet som en nøkkelfaktor for å skape varige endring i klinisk praksis (Brunette et al., 2008; McGovern, Matzkin og Giard, 2007; Rapp et al., 2010).

Når en relaterer til kritiske suksessfaktorer for vellykket implementering av integrert behandlingskompetanse (Brunette et al., 2008; Marty, Rapp, McHugo og Whitley, 2008; McGovern et al., 2010; Rapp et al., 2010), hadde sikkerhetsposten ett godt utgangspunkt og få barrierer å overvinne for at prosessen kunne igangsettes. Kvalitetsforbedringsarbeidet var forankret i flere ledd i organisasjonen og kvalifisert bistand gjort tilgjengelig. Seksjonsoverlege og enhetsledelsen hadde allerede i forkant av rusprosjektet erkjent behov for økt kompetanse på integrert behandling. Samtidig hadde enheten en leder med autoritet og handlekraft til å prioritere tiltak og iverksette både organisatoriske og praktiske endringer.

## 5.4 Behov for validering

DDCMHT inneholder mange målepunkter og det er en mengde forhold som spiller inn i når det gjelder validering generelt og til en Norsk kontekst spesielt.

Muligheten til å gjøre en reliabel skår på målepunktet om medisinerings som ble fjernet, antas i stor grad å være avhengig av medisinsk faglig kunnskap hos raterne og/eller en standardisering for denne. Ny nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelse beskriver heller ingen konkrete anbefalinger i forhold til behandling med legemidler. Medisinerings kan medføre effektinteraksjon av betydning for pasientenes liv og helse og er et viktig kompetanseområde ved behandling av pasienter med ROP-lidelser (Helsedirektoratet IS 1948, 2012). De to målepunktene som omhandler medisinerings bør derfor vurderes på nytt i lys av disse forholdene.

I USA har selvhjelpsgrupper en lang tradisjon og vært en stor del av det totale hjelpeapparatet for mennesker med ruslidelser. Norske studier viser manglende bevissthet og kunnskap om nytten av slike selvhjelpsgrupper (Vederhus, Laudet, Kristiansen og Clausen, 2010). Det vil derfor være nødvendig å øke denne kunnskapen, men også bidra til økt aktivitet og tilgjengelighet av selvhjelpsgrupper generelt og mot pasienter med ROP-lidelse spesielt. I USA er det utviklet egne selvhjelpsgrupper for personer med ROP-lidelser kalt DDA – Dual

Diagnosis Anonyme. Slike grupper finnes ikke i Norge. Mangelen av selvhjelpsgrupper vil i liten grad kunne endres av den enkelte enhet eller klinikk. Dette bør muligens være en utfordring for norske helsemyndigheter og brukerorganisasjoner.

Bruk av selvhjelpsgrupper i behandling viser ingen signifikant forskjell sammenlignet med ulike andre psykososiale tiltak (Clarey et al., 2008). Det vil derfor kunne være aktuelt å bytte ut, eller som ett alternativ tilføre målepunkter med rutiner for arbeid med psykososiale tiltak eller nettverksstøtte på annen måte. Dette er behandlingskvaliteter som beskrives som verdifulle intervensjoner i behandling og oppfølging av pasienter med ROP-lidelse (Mueser et al., 2003) og vil muligens være ekstra viktig for pasienter knyttet til sikkerhetspsykiatriske enheter med bakgrunn i voldsproblematikken.

Samhandling og koordinering mellom behandlingsnivåer er behandlingskvaliteter som DDCMHT instrumentet i liten grad etterspør og kan ha sammenheng med at USA og Norge har ulike kulturelle referanser for organisering av tjenester, og at verktøyet har sitt utspring i IDDT og klinisk case management (1 ½ linjetjeneste). Behovet for samarbeid og koordinering av tjenester mellom ulike instanser og nivåer i behandlings- og oppfølgingsapparatet er vesentlig for å gi integrert behandling på en måte som oppleves helhetlig for pasientene (Helsedirektoratet IS-1948, 2011; Mueser et al., 2003). Skille mellom hva som er behandlings- rehabiliterings- og/ eller omsorgstiltak er vanskelig (Kielland 2000). Ofte mangler støttetiltak, arbeids- og aktivitetstilbud, koordinator og operative individuelle planer for pasientgruppen (Gråwe og Ruud, 2006; Mueser et al., 2003). Nasjonalfaglig retningslinje går så langt som å beskrive at pasienter med ROP-lidelser har krav på en helhetlig og godt samordnet og koordinert helsetjeneste, hvor det må samarbeides aktivt både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. For å tilpasse DDCMHT ytterligere til en norsk kontekst bør spesielt grad av rutiner og systemer for kontaktetablering og samhandling på tvers av nivåer, tilpasses under kompetanseområde ”kontinuitet i behandlingen”.

Pasienter knyttet til sikkerhetspsykiatriske avdelinger har ofte en atferd som skaper frykt og usikkerhet ikke bare i nære omgivelser, men også blant behandlings- og oppfølgingsapparatet (Olsen et al., 2010). Det diskuteres også om hovedansvaret for de mest dyssosiale og farligste pasientene (pasienter i sikkerhetsenheter) i det hele tatt bør tilfalle kommunale instanser og DPS'er ut fra at disse i dag ikke ser ut til å være rustet for denne krevende oppgaven (Olsen et al., 2010).

## 6 Konklusjon

Erfaring med bruk av DDCMHT instrumentet oppleves å være nyttig med hensyn til å identifisere flere kliniske kvalitetsforbedringsområder i en sikkerhetspsykiatrisk behandlingsavdeling. Den fungerte som en indikator på endringer på organisasjonsnivå og behandlingskompetansenivå. For norske DPS'er som i liten grad har fokusert på avdekking og kartlegging av ruslidelse (Wusthoff et al., 2011), kan DDCMHT-kartlegging være ett nyttig bidrag til større bevissthet og bedre rutiner tidlig i behandlingsforløpet.

Det er behov for å lage en mer standardisert norsk versjon hvor instrumentet blir bedre tilpasset norsk organisering av tjenester og arbeid med nettverk for selvhjelp i tråd med nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser.

Det finnes mange kunnskapsbaserte kilder for hva som er god klinisk praksis, men at det finnes relativt få måleverktøy og metoder som har vist seg og sikrer god implementering av ny praksis både nasjonalt og internasjonalt. Fordi denne studien ikke er en randomisert studie er det ikke mulig å si i hvilke grad etterlevelse av implementeringsmetodikken i seg selv har bidratt til endring.



## 7 Referanser

Brofoss, K.E., & Larsen, F. (2009): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrappor - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norsk forskningsråd. Divisjon for vitenskap.

Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B.L., Jones, A.M., & McHugo, G.J. (2008): *Implementation of integrated dual disorders treatment: A Qualitative analysis of facilitators and barriers*. *Psychiatric Services*, 59, 989-995.

Chambers, D.A. (2008): *Advancing the science of implementation: A workshop summary*. *Adm policy Mental Health* 35:3-10.

Chambers, D.A., Conner, M.C., Boggs, C.J., & Parker, G.F. (2010): *The Dual Diagnosis Physician-infrastructure Assessment Tool: Examining Physican Attributes and Dual Diagnosis Capacity*, *Pubmed*, february, 61 (2): 184-188. doi: 10.1176/appi.ps.61.2.184.

Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008): *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness substance misuse*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1). Art. No.: CD001088.

Daft, R.L., & Noe, R.A. (2000): *Organizational behaviour*. Shuth-Western College Pub.

Drake, R.E., Bond, G.R., & Essock, S.M. (2009): *Implementing evedence-based practices for people whit schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin* 35(4):704-713.

Evjen, R., Kielland, K.B., & Øiern, T. (2007): *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Gotham, H.J., Brown, J.L., Comaty, J.E., McGovern, M., & Claus, R.E. (2009): *The dual diagnosis capability in mental health treatment (DDCMHT) index*. Presentert på Addiction health Services Research Conference.

Gotham, H.J., Claus, R.E., Selig, K., & Homer, A.L. (2010): *Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 160-169.

Graham H, Copello A, Birchwood M, Orford J, MCGovern D, Mueser K, Clutterbuch R, Godfrey E, Maslin J, Tobin D. (2006): *A preliminary Evaluation of Integrated Treatment for Co-existing Substance Use and Severe Mental Health Problems: Impact on Terms and Service Useres*. *Journal of Mental Helath*; 15:577-591

Gråwe, R.W., & Ruud, T. (2006): *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, STF78 A06003.

Gunderson, J.G. (1978): *Definding the therapeutic processes in psychiatric milieus*. Psychiatry, 41, 327-335.

Helsedirektoratet. (2011): *Kvalitet og kompetanse...om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelse og rusproblemer kan bli bedre*. Helsedirektoratet IS-1914.

Helsedirektoratet. (2011): *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. IS-1948.

Hughes et al. (2008): *Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study): Randor controlled trial*, BMC Psychiatry; 8:12.

Kielland, K.B. (2000): *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Statens helsetilsyn, utredningsserie 10.

Kirkehei, I., Leiknes, K.A., Larun, L., Hammerstrøm, K.T., Bramness, J.G., Gråwe, R.W., Haugerud, H., Helseth, V., Landheim, A., Lossius, K., & Waal, H. (2008): *Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 25.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008): *... og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Metode for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk metode for å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene*. Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK.

Maher, L., Gustavson, D., & Evens, A. (2007): *Sustainability - En guide til fastholdelse af ny praksis*. Center for kvalitetsutvikling, Region Midtjylland.

Marty, D., Rapp, C.A., McHugo, G.J., & Whitley, R. (2008): *Factors Influencing consumer monitorering in implementation of evidence-based practices: Results from the National EBP Implementation Project*. Administration and Policy in Mental Helth, 35, 204-211.

Matthews, H., Kelly, P.J., & Deane, F.P. (2011): *The Dual Diagnosis Capabilyty of Residential Addiction Treatment centers I priorities and confinance to improve capability following review process*: Illawarra institute of Mental Health, Inetitude of Wollongong, Wollongong, Australia. Drug Alcohol rev., mars 30; (2): 195/9.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003): *Inergtated Treatment for Dual Disorders: a Guide to Effective Practice*. The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.

McGovern, M.P., Clark, M.P., & Samnaliev, M. (2007): *Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multi-state feasibility study of the quadrant model*. *Psychiatric service*, 58 (7), 949-954.

McGovern, M.P., Matzkin, A.L., & Giard, J. (2007): *Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index*. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol 3 (2).

McGovern, M.P., Lambert-Harris C., McHugo G.J., Giard, J., & Mangrum L. (2010): *Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated With Program Level Changes*. *Journal of Dual Diagnosis*, 6:237-250.

Olsen et al. (2010): *Drap i Norge i perioden 2004-2009*, Helse-og omsorgsdepartementet, NOU 2010:3.

Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, Ø., Elvik, I., Joa, T., Larsen, K., (2011): *Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Rapp, C.A., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D., Callaghan, J., & Whitley R. (2010): *Barriers to evidence-based practice implementation: Results of a qualitative study*. *Community Mental Health Journal*. Vol 44, Issue 3, Publisher. Princeton Architectural Press, pages:112-118.

Eronen, M., Tiihonen, J., & Hala, P. (1996): *Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland*. *Arch Gen Psychiatry*; 53: 497-501.

Resanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., & Lehtonen, J. (1998): *Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow-up of an unselected birth cohort*. *Schizophr Bull*; 24: 437-41.

Shojania, K.G., & Grimshaw, J.M. (2005): *Evidence-based quality improvement: the state of the science*. *Health Aff.*; 24:138-150.

Schein, E.H. (1980): *Organizational Psychology*. Prentice-Hall, Inc.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005): *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*, Sosial- og helsedirektoratet, IS-1162.

Soyka, M. (2000): *Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour*. *The British Journal of Psychiatry*,176:345-350.

Vederhus, J.K., Laudet, A, Kristensen, O., & Clausen, T. (2010): *Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: comparing Norway to the United States.* Journal of Substance Abuse Treatment 39(3):210-207.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmers, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998): *Serious criminal offending and mental disorder.* Br J Psychiatry; 172: 477-484.

Wusthoff, L., Waal, H., Ruud, T., & Gråwe, R.W. (2011): *A cross-sectional study of patents with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres.* MBC Psychiatry.

# 8 Vedlegg

## 1 DDCMHT

**DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT (DDCMHT) VERSION 3.2**  
(Gotham, H. J., Brown, J. L., Connay, J. E., & McGovern, M. P.)  
**RATING SCALE COVER SHEET**

**Program Identification**

Date: \_\_\_\_\_ Rater(s): \_\_\_\_\_ Time Spent (Hours): \_\_\_\_\_  
 Agency Name: \_\_\_\_\_  
 Program Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Contact Person: 1) \_\_\_\_\_ ; 2) \_\_\_\_\_  
 Telephone: \_\_\_\_\_ ; FAX: \_\_\_\_\_ ; Email: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ Region: \_\_\_\_\_ Program ID: \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (1= Baseline; 2 = 1<sup>st</sup>-follow-up; 3= 2<sup>nd</sup> follow-up; 4= 4<sup>th</sup> follow-up; etc)

**Program Characteristics**

<p><b>Payments received (program):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Self-pay</li> <li>___ Private health insurance</li> <li>___ Medicaid</li> <li>___ Medicare</li> <li>___ State financed insurance</li> <li>___ Military insurance</li> </ul> <p><b>Other funding sources:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Other public funds</li> <li>___ Other funds</li> </ul>	<p><b>Primary focus of agency:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Addiction treatment services</li> <li>___ Mental health services</li> <li>___ Mix of addiction &amp; MH services</li> <li>___ General health services</li> <li>___ Hospital</li> </ul> <p><b>Size of Program:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ # of admissions/last fiscal year</li> <li>___ Capacity (highest # servable)</li> <li>___ Average length of stay (in days)</li> <li>___ Planned length of stay (in days)</li> <li>___ # of unduplicated clients/year</li> </ul>	<p><b>Agency type:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Private</li> <li>___ Public</li> <li>___ Non-Profit</li> <li>___ For-Profit</li> <li>___ Government operated</li> <li>___ Veterans Health Admin.</li> </ul> <p><b>Level of care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ ASAM-PPC-2R (Addiction):</li> <li>___ I. Outpatient</li> <li>___ II. IOP/Partial Hospital</li> <li>___ III. Residential/Inpatient</li> <li>___ IV. Medically Managed Intensive Inpatient (Hospital)</li> <li>___ OMT: Opioid Maintenance</li> <li>___ D: Detoxification</li> </ul> <p><b>Mental Health:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Outpatient</li> <li>___ Partial hospital/Day program</li> <li>___ Inpatient</li> </ul>	<p><b>Exclusive program/Admission criteria requirement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>___ Adolescents</li> <li>___ Co-occurring MH &amp; SUDs disorders</li> <li>___ HIV/AIDS</li> <li>___ Gay &amp; Lesbian</li> <li>___ Seniors/Elders</li> <li>___ Pregnant/post-partum</li> <li>___ Women</li> <li>___ Residential setting for patients &amp; their children</li> <li>___ Men</li> <li>___ DUI/DWI</li> <li>___ Criminal justice clients</li> <li>___ Adult General</li> </ul>
--	---	---	---

**DDCAT assessment sources**

\_\_\_ Chart Review: \_\_\_\_\_ Agency brochure review: \_\_\_\_\_ Program manual review: \_\_\_\_\_ Team meeting observation;  
 \_\_\_ Supervision observation: \_\_\_\_\_ Observe group/individual session: \_\_\_\_\_ Interview with Program Director:  
 \_\_\_ Interview with Clinicians: \_\_\_\_\_ Interview with clients (#: \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ Interview with other service providers; \_\_\_\_\_ Site tour.

**Total # of sources used:** \_\_\_\_\_

DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT PROGRAMS (DDCMHT) VERSION 3.2  
RATING SCALE

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>I. PROGRAM STRUCTURE</b>					
<b>IA. Primary focus of agency as stated in the mission statement (If program has mission, consider program mission)</b>	Mental Health Only		Primary focus is mental health, co-occurring disorders are treated		Primary focus on persons with co-occurring disorders.
<b>IB. Organizational certification &amp; licensure.</b>	Permits only mental health treatment	Has no actual barrier, but staff report there to be certification or licensure barriers.	Has no barrier to providing addiction treatment or treating co-occurring disorders within the context of mental health treatment		Is certified and/or licensed to provide both
<b>IC. Coordination and collaboration with addiction services.</b>	No document of formal coordination or collaboration. Meets the SAMHSA definition of minimal Coordination.	Vague, undocumented, or informal relationship with addiction agencies, or consulting with a staff member from that agency. Meets the SAMHSA definition of Consultation.	Formalized and documented coordination or collaboration with addiction agency. Meets the SAMHSA definition of Collaboration.	Formalized coordination & collaboration, and the availability of case management staff, or staff exchange programs (variably used) Meets the SAMHSA definition of Collaboration and has some informal components consistent with Integration.	Most services are integrated within the existing program, or routine use of case management staff or staff exchange programs. Meets the SAMHSA definition of Integration.
<b>II. Financial incentives.</b>	Can only bill for mental health treatments or for persons with mental health disorders.	Could bill for either service type if mental health disorder is primary, but staff report there to be barriers. — OR- Partial reimbursement for addiction services available	Can bill for either service type, however, mental health disorder must be primary.		Can bill for addiction or mental health treatments, or the combination and/or integration.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>II. PROGRAM MILIEU</b>					
<b>IIA. Routine expectation of and welcome to treatment for both disorders</b>	Expect mental health disorders only, refer or deflect persons with substance use disorders or symptoms.	Documented to expect mental health disorders only (e.g. admission criteria, target population), but have informal procedure to allow some persons with substance use disorders to be admitted.	Expect mental health disorders, and, with documentation, accepts substance use disorders by routine and if mild and relatively stable.	Program formally defined like DDC but clinicians and program informally expects and treats both disorders, not well documented.	Clinicians and program expect and treat both disorders, well documented.
<b>IIIB. Display and distribution of literature and patient educational materials.</b>	Mental health only	Available for both disorders but not routinely offered or formally available.	Available for both mental health and substance use disorders but distribution is less for substance use disorders.	Available for both mental health & substance use disorders with equivalent distribution.	Available for the interaction between both mental health and substance use disorders.

	1	2	3	4	5
	MHOS				
III. CLINICAL PROCESS: ASSESSMENT					
III.A. Routine screening methods for substance use					
	1	2	3	4	5
	DDC				
	DDE				
III.A. Routine screening methods for substance use	Pre-admission screening based on patient self-report. Decision based on clinician inference from patient presentation or history.	Pre-admission screening for substance use & treatment history prior to admission.	Routine set of standard interview questions for substance use using generic framework (e.g., ASAM-PPC Dim. I & V, IOCUS Dim. III) or "Biopsychosocial" data collection.	Screen for substance use using standardized or formal instruments with established psychometric properties.	Standardized or formal instruments for both mental health and substance use disorders with established psychometric properties.
III.B. Routine assessment if screened positive for substance use	Ongoing monitoring for appropriateness or exclusion from program	More detailed biopsychosocial assessment, history of substance use and treatments, each clinician driven.	Increased capacity to access (not necessarily in-house) substance use assessments, although not standardized or routine.	Formal substance use assessment, if necessary, typically occurs (in-house).	Standardized or formal integrated assessment is routine in all cases.
III.C. Psychiatric and substance use diagnoses made and documented.	Substance use disorder diagnoses are not made or recorded	Substance use disorder diagnostic impressions made and recorded variably.	Substance use disorder diagnosis variably recorded in chart (i.e., less than 40% of the time).	Substance use disorder diagnosis more frequently recorded but inconsistently (i.e., more than 40% but less than 90% of the time).	Standard & routine substance use disorder diagnoses consistently made.
III.D. Psychiatric and substance use history reflected in medical record.	Collection of mental health history only.	Standard form collects mental health history only. Substance use disorder history collected inconsistently.	Routine documentation of both mental health and substance use disorder history in record in narrative section.	Specific section in record dedicated to history and chronology of course of both disorders.	Specific section in record devoted to history and chronology of course of both disorders and the interaction between them is examined temporally.
III.E. Program acceptance based on substance use disorder symptom acuity: low, moderate, high.	Admits persons with no to low acuity.		Admits persons in program with low to moderate acuity, but who are primarily stable.		Admits persons in program with moderate to high acuity, including those unstable in their substance use disorder.
III.F. Program acceptance based on severity of persistence and disability: low, moderate, high.	Admits persons in program with no to low severity of persistence of disability		Admits persons in program with low to moderate severity.		Admits persons in program with moderate to high severity
III.G. Stage-wise assessment.	Not assessed or documented.	Assessed & documented variably by individual clinician	Clinician assessed and routinely documented, focused on mental health motivation for treatment	Formal measure used and routinely documented but focusing on mental health motivation for treatment only.	Formal measure used and focus on both substance use and mental health motivation for treatment.



	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT</b>					
<b>IVA. Treatment plans.</b>	Address mental health only (addiction not listed)	Variable by individual clinician	Mental health disorders addressed as primary, substance use disorders as secondary	Systematic focus is available but variably used.	Address both as primary, both listed in plan consistently.
<b>IVB. Assess and monitor interactive courses of both disorders.</b>	No attention to or documentation of progress with substance use disorders	Variable reports of progress on substance use disorders by individual clinicians.	Clinical focus in narrative (treatment plan or progress note) on substance use disorder change	Systematic focus is available but variably used.	Clear, detailed, and systematic focus on change in both substance use and mental health disorders.
<b>IVC. Procedures for intoxicated/high clients, relapse, withdrawal, or active users.</b>	No guidelines conveyed in any manner.	Verbally conveyed in-house guidelines.	Documented guidelines: Referral or collaborations (to local substance abuse treatment agency, detox, or E/R)		Routine capability, or a process to ascertain risk with ongoing psychiatric symptoms: Maintain in program unless alternative placement (i.e., detox, commitment) based on acute risk is warranted
<b>IVD. Stage-wise treatment</b>	Not assessed or explicit in treatment plan.	Stage or motivation documented variably by individual clinician in treatment plan.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan, but no specific stage-wise treatments.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan and general awareness of adjusting treatments by individual stage of readiness on mental health motivation for treatment only.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan, and formally prescribed and delivered stage-wise treatments for both substance use and mental health issues.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT (continued)</b>					
<b>IV.E. Policies and procedures for evaluation, management, monitoring and compliance for/of medications for substance use disorders. This includes:</b> (i) Medications to treat intoxication states, decrease/eliminate withdrawal symptoms, decrease reinforcing effects of abused substances, promote abstinence and prevent relapse; (ii) Policies about the use of benzodiazepines or other potentially addictive medications.	No capacities to monitor, guide or provide medications related to substance use disorders. Patients with active substance use are routinely not accepted into treatment.	Certain types of meds may be prescribed for substance use disorders and some capacity to monitor medications related to substance use. Variable by provider	Present, coordinated medications for substance use disorders. Some types of medications are routinely available. Monitoring of the medication is largely provided by the prescriber.	Present, coordinated policies regarding medications for substance use disorders. The prescriber might more regularly consult with other staff regarding medication plan and recruit other staff to assist with medication monitoring	Present, coordinated policies regarding all types of medications for substance use disorders. There is access to a provider with these specialties on the treatment team.
<b>IV.F. Specialized interventions with addiction content.</b>	Not addressed in program content	Based on judgment by individual clinician; Irregular penetration into routine services	In program format as generalized intervention. More regular penetration into routine services. Routine clinician adaptation of an evidence-based mental health treatment (e.g., ACT, CBT, IPT, IM&R, PSR)	Some specialized interventions by specifically trained clinicians in addition to routine generalized interventions.	Routine addiction symptom management groups; Individual therapies focused on specific disorders; Systematic adaptation of an evidence-based mental health treatment (e.g., ACT, CBT, IDDT, IPT, IM&R, PSR)
<b>IV.G. Education about substance use disorders &amp; treatment, and interaction with mental health disorders &amp; treatment.</b>	No	Variably	Present in generic format and content, and delivered in individual and/or group formats.		Present specific content for specific disorder co-morbidities, and delivered in individual and/or group formats.

1 MHOS		2	3 DDC	4	5 DDE
<b>IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT (continued)</b>					
<b>IVH. Family education and support.</b>	For mental health disorders only	Variably or by individual clinical judgment	Substance use issues regularly but informally incorporated into family education or support sessions. Available as needed.	Generic group on site for families on substance use and mental health issues variably offered. Structured group with more routine accessibility	Routine and systematic co-occurring disorder family group integrated into standard program format. Accessed by the majority of families with co-occurring disorder family member
<b>IVI. Specialized interventions to facilitate use of peer support groups in planning or during treatment.</b>	None used to facilitate either use of addiction or mental health peer support	Used variably or infrequently by individual clinicians, for individual patients, mostly for facilitation of mental health peer support groups	Present, generic format on site, but no specific or intentional facilitation based on addiction. More routine facilitation of traditional mental health peer support groups (e.g., NAMI, Procovery)	Present but variable facilitation to peer support groups targeting specific addiction issues, either to traditional peer support groups or those specific to both (e.g., DRA, DTR).	Routine & specific to need of co-occurring, special programs on site, routinely targeted to specific issues, either to traditional peer support or groups specific to both (e.g., DRA, DTR).
<b>IVJ. Availability of peer recovery supports for patients with CODs.</b>	Not present, or if present not recommended.	Off site, recommended variably	Present, off site and facilitated with contact persons or informal matching with peer supports in the community, some co-occurring focus.	Present, off site, integrated into plan, and routinely documented with co-occurring focus.	Present, on site, facilitated and integrated into program (e.g. alumni groups); Routinely used and documented with co-occurring focus.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>V. CONTINUITY OF CARE</b>					
<b>VA. Co-occurring disorder addressed in discharge planning process.</b>	Not addressed	Variably addressed by individual clinicians.	Co-occurring disorder systematically addressed as secondary in planning process for off site referral.		Both disorders seen as primary, and plans made and insured, on site, or by arrangement - off site, at least 80% of the time.
<b>VB. Capacity to maintain treatment continuity.</b>	No mechanism for managing ongoing care of addiction needs when mental health treatment program is completed or the person is scheduled to move to another level of care, but the person is scheduled to move to another level of care.	No formal protocol to manage addiction needs once program is completed or the person is scheduled to move to another level of care, but some individual clinicians may provide extended care until appropriate linkage takes place; Variable documentation	No formal protocol to manage addiction needs once program is completed or the person is scheduled to move to another level of care, but when indicated, most individual clinicians provide extended care until appropriate linkage takes place; Routine documentation	Formal protocol to manage addiction needs indefinitely or until appropriate linkage takes place, but variable documented evidence that this is routinely practiced, typically within the same program or agency.	Formal protocol to manage addiction needs indefinitely or until appropriate linkage takes place and consistent documented evidence that this is routinely practiced, typically within the same program or agency.
<b>VC. Focus on ongoing recovery issues for both disorders.</b>	No	Individual clinician determined.	Routine focus is on recovery from mental health disorders, addiction issues are viewed as potential relapse issues only.		Routine focus on addiction recovery and mental illness management and recovery, both seen as primary and ongoing.
<b>VD. Facilitation of peer support groups for co-occurring disorders is documented and a focus in discharge planning, and connections are insured to community peer recovery support groups.</b>	No	Rarely, but addressed by individual clinicians	Yes, variable, but not routine or systematic, focus on co-occurring disorders peer support community connection (engagement in meetings or functions off-site)		Yes, routine and systematic, at least 80% of the time with focus on co-occurring disorders peer support community connection (engagement in meetings or functions off-site).
<b>VE. Sufficient supply and compliance plan for substance abuse related medications (see IVE) is documented.</b>	No medications in plan.	Sometimes can be provided. Variable by provider	Yes, short-term supply to next appointment off-site.		Maintains medication management in program with provider for longer-term as needed.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>VI. STAFFING</b>					
VIA. Psychiatrist or other physician or prescriber of pharmacological therapies for addiction.	No formal relationship with a prescriber for this program.	Consultant or contractor off site.	Consultant or contractor on site.	Staff member, present on site for clinical matters only	Staff member, present on site for clinical, supervision, treatment team, and/or administration.
VIB. On site staff with substance abuse licensure, certification, or competency.	No formal relationship with program.	1-24% of clinical staff members.	25-33% of clinical staff members.	34-49% of clinical staff members.	50% or more of clinical staff members.
VIC. Access to substance abuse supervision or consultation.	No	Yes, off site by consultant, undocumented.	Yes, on site supervision provided PRN. Informal process.	Yes, on site supervision. Provided regularly. Irregular documentation.	Yes, on site, documented regular supervision sessions for clinical matters.
VID. Case review, staffing or utilization review procedures emphasize and support co-occurring disorder treatment.	No	Variable, by off site consultant, undocumented.	Yes, on site, documented as needed (PRN) and with co-occurring disorder issues.		Yes. Documented, routine and systematic coverage of co-occurring issues.
VIE. Peer/Alumni supports are available with co-occurring disorders.	No		Present, but as part of community, and routinely available to program patients, either thru informal relationships or more formal connections such as thru peer support service groups (e.g. AA hospital and institutional committees, NAMI)		Present, on site, either as paid staff, volunteers, or routinely available program "alumni".

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>VII. TRAINING</b>					
<b>VIIA. Direct care staff members have basic training in prevalence, common signs &amp; symptoms, screening and assessment for substance use symptoms and disorders.</b>	Not trained in basic skills.	Variably trained, not documented as part of systematic training plan, but encouraged by management.	Trained in basic skills per agency strategic training plan.	Trained in these skills per agency strategic training plan, and also have some staff with advanced training in specialized treatment approaches, but this is not part of the program's training plan.	Trained in these skills per agency strategic training plan, and also have staff with advanced training in specialized treatment approaches as part of plan.
<b>VIIIB. Direct care staff members are cross-trained in mental health and substance use disorders, including pharmacotherapies, and have advanced specialized training in treatment of persons with co-occurring disorders.</b>	Not trained, or not documented.	At least 33% trained.	At least 50% trained	At least 75% are trained	At least 90% are trained.

ADDITIONAL SITE VISIT NOTES:

DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT PROGRAMS (DDCMHT) VERSION 3.2

SCORING SUMMARY

<p><b>I. Program Structure</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/4 = <b>SCORE</b> _____</p> <p><b>II. Program Milieu</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/2 = <b>SCORE</b> _____</p> <p><b>III. Clinical Process: Assessment</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p> <p>E. _____</p> <p>F. _____</p> <p>G. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/7 = <b>SCORE</b> _____</p>	<p><b>IV. Clinical Process: Treatment</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p> <p>E. _____</p> <p>F. _____</p> <p>G. _____</p> <p>H. _____</p> <p>I. _____</p> <p>J. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/10 = <b>SCORE</b> _____</p>	<p><b>V. Continuity of Care</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p> <p>E. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/5 = <b>SCORE</b> _____</p> <p><b>VI. Staffing</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p> <p>E. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/5 = <b>SCORE</b> _____</p> <p><b>VII. Training</b></p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>Sum Total = _____</p> <p>/2 = <b>SCORE</b> _____</p>
<p><b>DDCMHT INDEX PROGRAM CATEGORY: SCALE METHOD</b></p> <p>OVERALL SCORE (Sum of Scale Scores/7): _____ MHOS (1 - 1.99)</p> <p>DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY: _____ MHOS/DDC (2 - 2.99)</p> <p>_____ DDC (3 - 3.49)</p> <p>_____ DDC/DDE (3.5 - 4.49)</p> <p>_____ DDE (4.5 - 5.0)</p>		
<p><b>DDCMHT INDEX PROGRAM CATEGORY: CRITERION METHOD</b></p> <p>% CRITERIA MET FOR MHOS (# of "1" or &gt; /35): _____ 100%</p> <p>% CRITERIA MET FOR DDC (# of "3" or &gt; scores/35): _____</p> <p>% CRITERIA MET FOR DDE (# of "5" scores/35): _____</p> <p>HIGHEST LEVEL OF DD CAPABILITY (80% or more): _____</p>		

## 2 Flytskjema

Fig. 1.

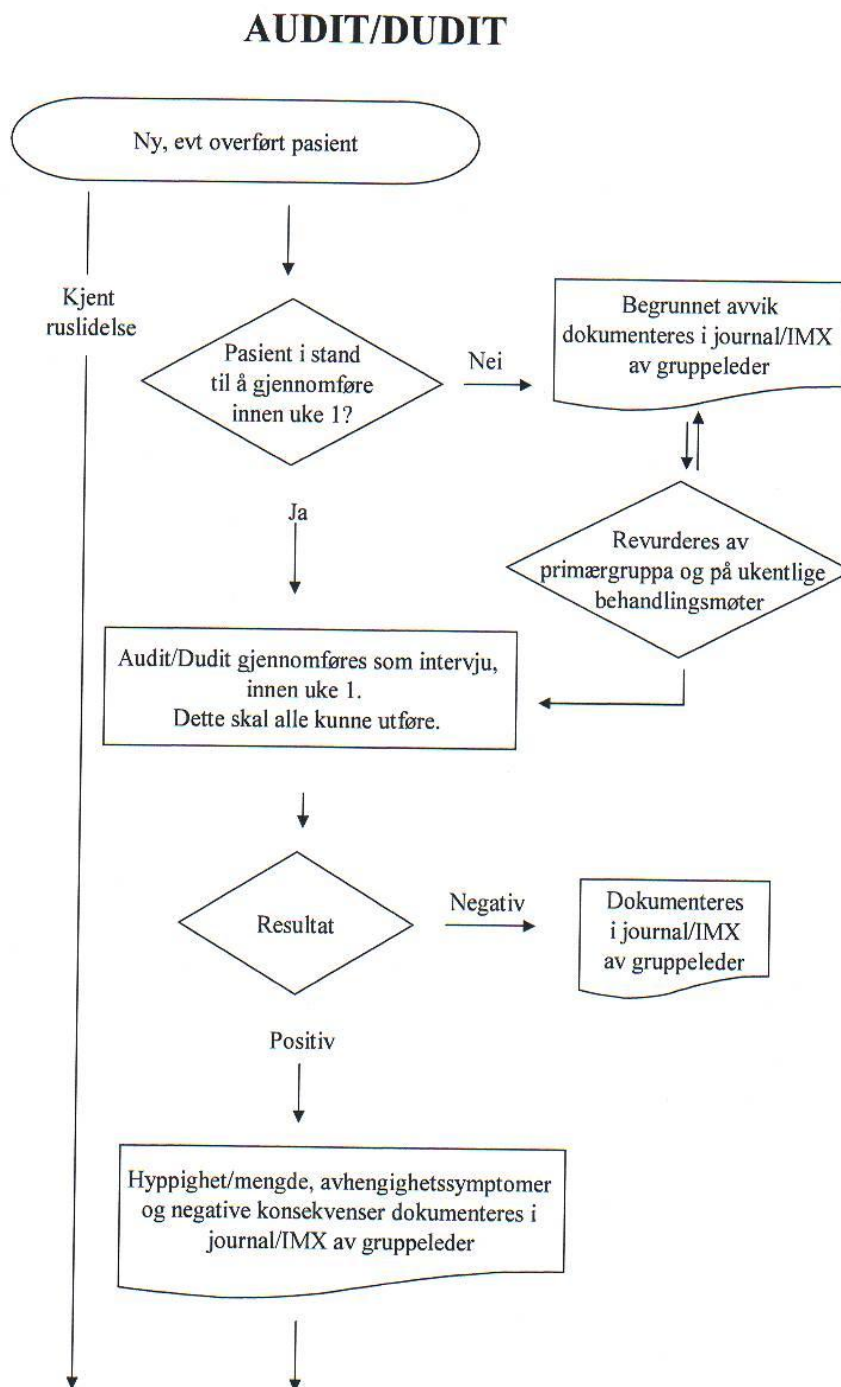




Fig. 2.

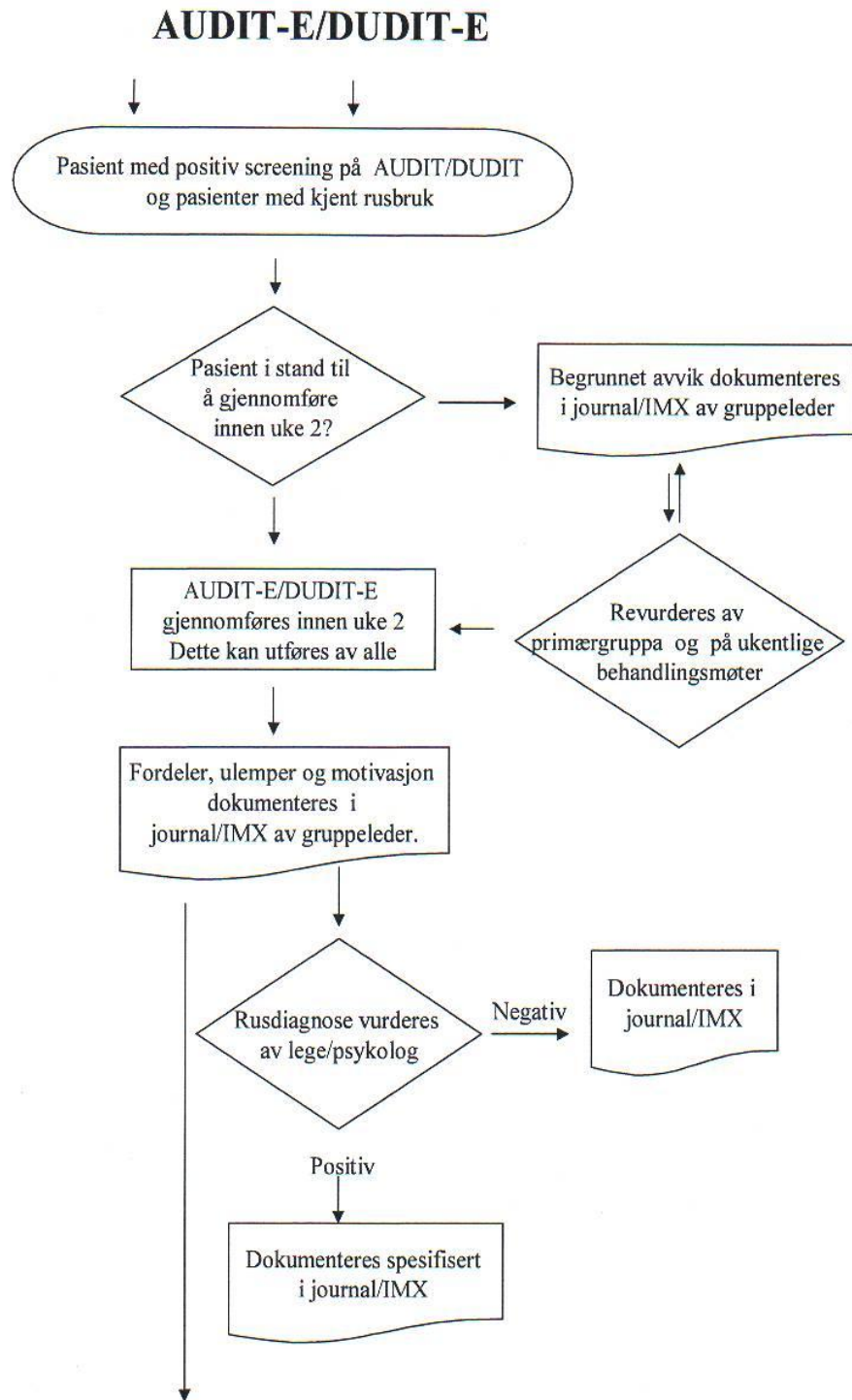


Fig. 3.

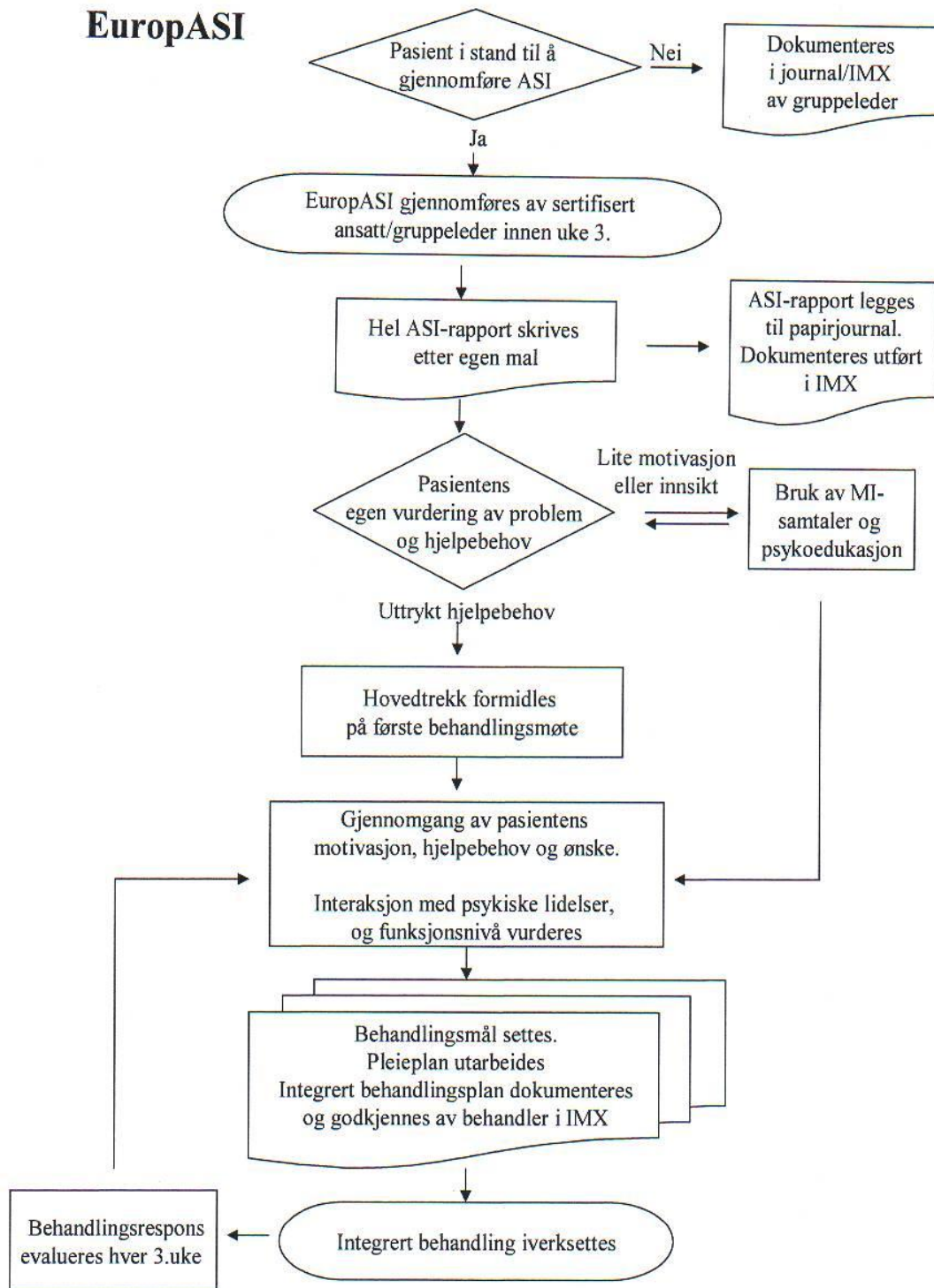
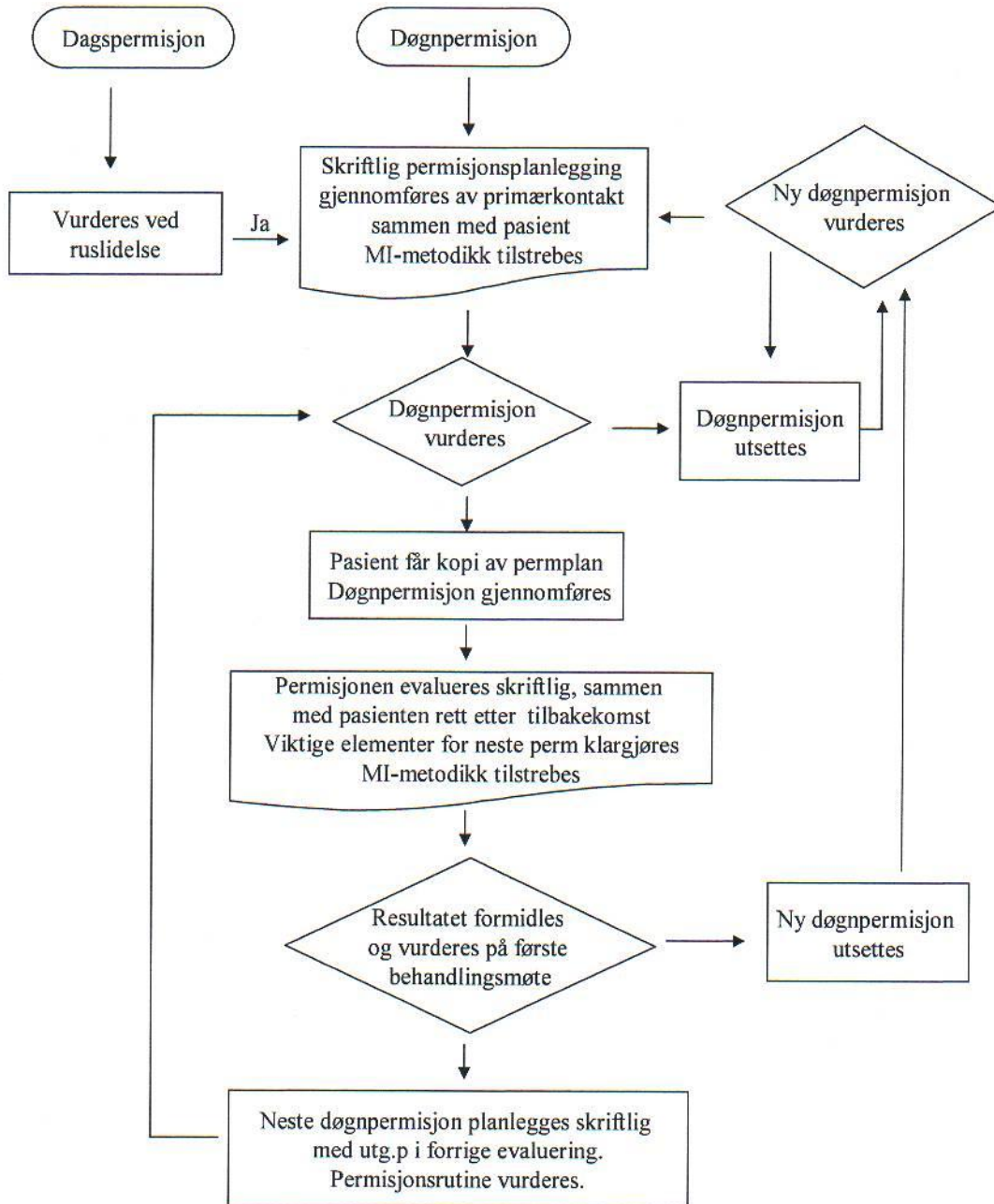


Fig. 4.

## Permisjonsplanlegging og evaluering



### 3 DDCMHT resultat for sikkerhetspsykiatrisk avdeling 3A



Sykehuset Telemark

Psykiatrisk klinikk

## DDCAT-MH MÅLING

VED 3A

Gjennomført: 19.01.2012

Forfatter: Tevje Revheim  
Gro Ruud  
Rolle: Prosjektleder  
Prosjektmedarbeider  
Dato: 20.01.2012  
Revisjon:

## Innholdsfortegnelse

1.	Mål .....	4
1.1	Bakgrunn .....	4
1.2	Målgruppe .....	4
2.	Metode .....	5
2.1	DDCAT-MH.....	5
2.2	Metodiske svakheter .....	7
2.3	Gjennomføring .....	7
2.4	Gjennomføring runde 2 .....	7
3.	Resultater .....	8
3.1	Programmets struktur.....	8
3.2	Program.....	8
3.3	Klinisk prosess: Utredning/diagnostikk og kartlegging .....	9
3.4	Klinisk prosess: Behandling .....	9
3.5	Kontinuitet i behandlingen.....	10
3.6	Personal.....	11
3.7	Opplæring .....	11
4.	Oppsummering.....	12

## 1. Mål

### 1.1 Bakgrunn

Det er sterk sammenheng mellom rusproblemer og psykiske lidelser. Samtidig har behandling av denne problematikken tradisjonelt vært utført av ulike organisasjoner. Et mer helhetlig og integrert behandlingstilbud har vært etterspurt. Endring i lover og forskrifter har gitt psykiatrien økt ansvar for behandling av rusproblematikk, men manglende kunnskaper og eksisterende organisering er dessverre et hinder for optimal behandling. For å øke kvaliteten på behandling av pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser er det viktig å vite 1) hvordan behandling gjennomføres i dag og 2) hva som er god behandling for pasientgruppen. Vi ønsker derfor å undersøke i hvilken grad seksjoner, enheter og behandlingsprogram ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark, har mandat, rutiner, prosedyrer, screening, kartlegging, behandlingsplaner, behandlingssinnhold, utskrivingsprosedyrer, samhandlingsrutiner og personellressurser som rutinemessig fordrer integrert behandling for pasienter med samtidige lidelser eller dobbeldiagnoseproblematikk.

### 1.2 Målgruppe

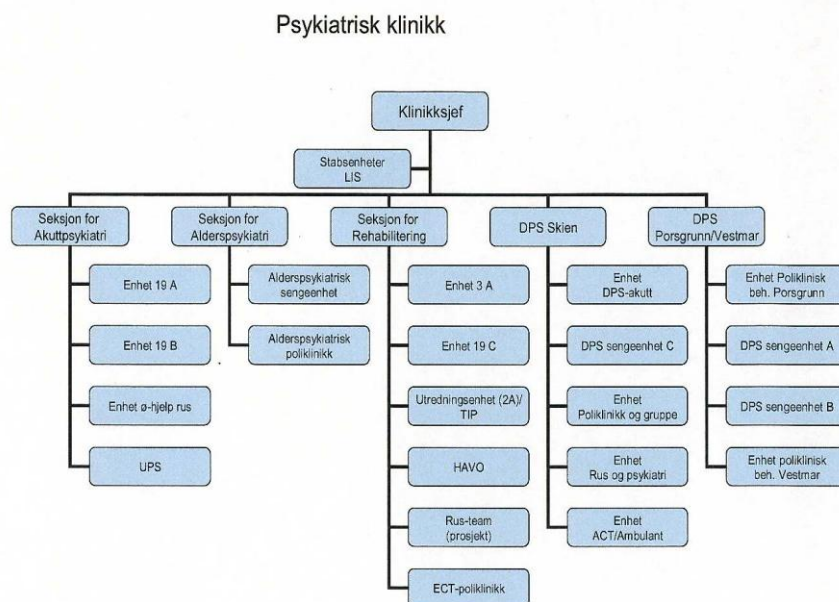
Målgruppen for kartleggingen er alle enheter/behandlingsprogram ved psykiatrisk klinikk (figur 4). Det er 785 ansatte ved psykiatrisk klinikk fordelt på 508 årsverk. En rekke faggrupper er representert (i årsverk); Leger (45), sykepleiere (140), sosionomer (20), vernepleiere (16), psykologer (31), annet fagpersonell i pasientbehandling (120). Disse er fordelt på seks seksjoner og 18 enheter. Enhetene har fokus på ulike pasientgrupper i forhold til diagnose og funksjonsnivå og/ eller tilbyr ulike behandlingsmetodikk som til sammen skal dekke behovet for psykiatriske spesialisttjenester i Telemark. I 2008 ble det gjennomført 55 448 polikliniske konsultasjoner og det var 46 182 liggedøgn ved klinikkens sengerposter. Ca 21 % av disse pasientene hadde rus som hoved- eller bidiagnose<sup>1</sup>. Høyest andel pasienter med rusdiagnoser var det ved Seksjon for akuttpsykiatri og Seksjon for rehabilitering. Ved disse seksjonene hadde ca 1/3 av pasientene en rusdiagnose.

Noen enheter har flere behandlingsprogram. For eksempel, er det ved allmenpsykiatrisk enhet i Porsgrunn et program for rusbehandling (team for rus og avhengighet), gruppebehandling (team for gruppeterapi) og en allmenpsykiatrisk poliklinikk (team for allmenpsykiatri). Til sammen er det 25 behandlingsprogram ved klinikken. Det er disse behandlingsprogrammene som er vår målgruppe (N=25).

---

<sup>1</sup> Journalsystemet ved Sykehuset Telemark tillater kun en bidiagnose. Dette kan bidra til underregistrering av rusdiagnoser.

Figur 4: Organisasjonskart psykiatrisk klinikk.



## 2. Metode

### 2.1 DDCAT-MH

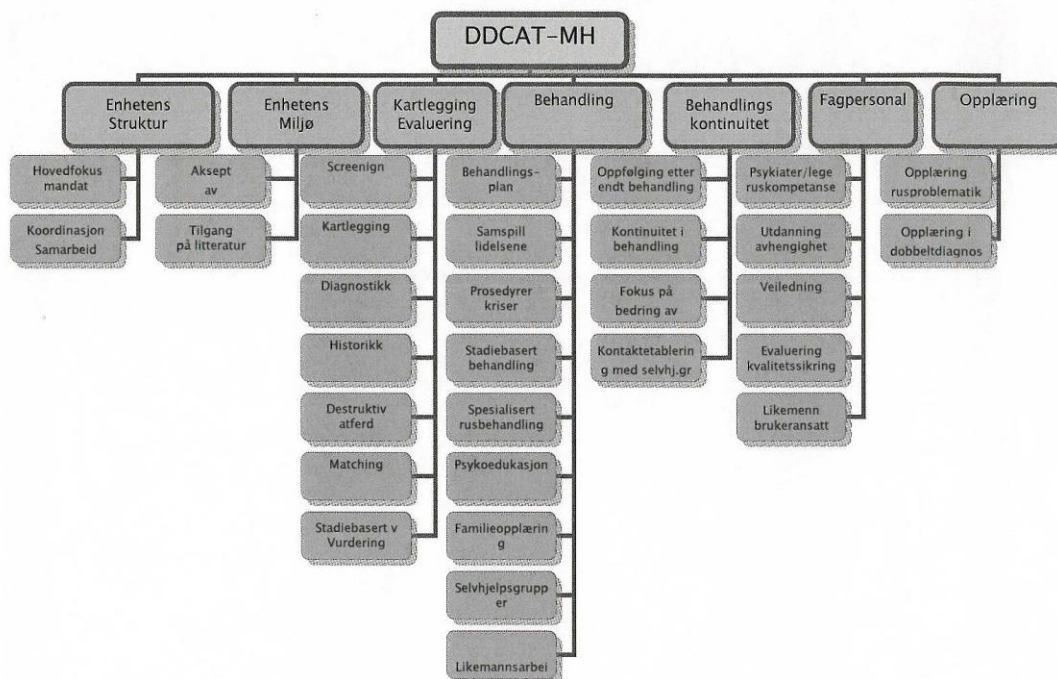
Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) har vært i utvikling siden 2003 og baserer seg på the American Society of Addiction Medicine (ASAM) sin kategorisering av behandlingsenheter i: Addiction Only Services, Dual Diagnoses Capable og Dual Diagnosis Enhanced (McGovern, Matzkin, et al. 2007). DDCAT-MH er en parallell versjon av DDCAT utviklet for psykiatriske enheter. Den ble først utviklet og testet av Heather Gotham (2010), og i den første utgaven var det inkludert ledd hentet fra Integrated Dual Disorder Treatment Fidelity Scale (Mueser et.al. 2003). IDDT fokuserer på ambulante team (ACT) som har spesialisert seg på pasienter med rusproblemer. IDDT har vært betraktet som en gullstandard for å måle implementering av integrert behandling, men passer ikke like godt til psykisk helsevern i sin helhet.

DDCAT-MH er utviklet for for å evaluere rus og psykiatri (ROP) kompetanse både innen offentlig og privat sektor og kan beskrive ROP kompetanse på flere nivåer (enhet, helseforetak, region). Målingene er basert på observasjoner, gjennomgang av journaler,



rettningslinjer og prosedyrer, fokusgruppe intervju med behandlere og intervju med leder på hvert behandlingssted. Disse data benyttes til å fastsette endelige skårer på 35 benchmarks. Disse er knyttet til 7 måleskalaer på følgende kompetanseområder: Enhetens struktur og miljø, kartlegging, behandling, behandlingskontinuitet, personalkompetanse og opplæring av personalet (se figur 5).

Figur 5. Hoveddimensjoner og underkategorier i DDCAT-MH.



#### Skåringen av DDCAT-MH

- Skår 1: Mental Health Only Services (MOS): Kun kompetanse på psykiske lidelser. Disse behandlingseenhetene passer best for personer med primære psykisk lidelse og som har ingen eller minimale psykiske problemer.
- Skår 3: Dual Diagnosis Capability (DDC): DD kompetanse. Disse enhetene har kompetanse til å behandle personer med samtidige psykiske lidelser hvor rusprobleme er relativt stabile og ikke så alvorlige.
- Skår 5: Dual Diagnosis Enhanced (DDE): Forsterket ROP behandlingskompetanse. Disse enhetene kan hjelpe personer med ulike grader av psykopatologi og omfattende rusrelerte problemer, inkludert dobbeltdiagnosepasienter.

#### Validitet og reliabilitet

Brown and Comaty (2007) fant akseptabel Interraterreliabilitet ( $N = 533$ ;  $ICC = .83$ ) ved bruk av 3 ratere. I denne undersøkelsen vil alle ledd skåres uavhengig av 2 ratere slik at

interraterreliabilitet kan beregnes. Gotham et al. (2010) beregnet indre konsistens for hver av de syv dimensjonene (Cronbach's Alfa = .61 - .81). Konstruktvaliditet er demonstrert gjennom positiv korrelasjon med IDDT ( $r = .7$ ; Gotham, Brown, Comaty, McGovern, & Claus, 2009). I vår undersøkelse skåret de to ratene først uavhengig av hverandre og diskuterte seg deretter til enighet. Interrater-reliabilitet ble beregnet etter de 9 første intervjuene ved hjelp av SPSS (Statistic Program for Social Scientists). Vi fant høy interrater-reliabilitet for alle dimensjonene ( $ICC = 0,78 - 0,94$ ;  $p > 0,01$ ).

## 2.2 Metodiske svakheter

DDCAT-MH er ikke tidligere validert for norske forhold. En kan derfor ikke utelukke systematiske forskjeller mellom USA og Norge som reduserer verktøys validitet i en norsk kontekst. To ledd ble fjernet før datainnsamlingen startet da de manglet relevans. Disse leddene omhandler sertifiseringer, lisenser og finansiering. Ytterligere to ledd ble fjernet fordi det var vanskelig å definere dem konsist nok til at en differensiert reliabel skåring var sannsynlig. Disse leddene omhandlet medikamentell behandling av avhengighet og kontinuitet i medikamentell oppfølging. En annen begrensning er at det ikke er hentet inn informasjon fra pasientene direkte. Dessuten, ratere har ikke hatt direkte tilgang på journaler. I stedet har behandlerne selv blitt intervjuet om hva som er dokumentert i 8-10 tilfeldig utvalgte journaler.

## 2.3 Gjennomføring

Alle enhetsledere ble på eget møte informert om måleinstrumentet, hvordan gjennomføre intervjuet og hvem som skulle intervjues. I tillegg ble det informert om undersøkelsen på en samling for alle klinikkens ledere og spesialister og det ble sendt ut e-post med ytterligere informasjon til alle enhetsledere. I forkant av undersøkelsen var det et møte med hver enhet hvor hensikt og gjennomgang ble gjennomgått. Det ble gitt informasjon om hvordan velge ut journaler, hvilke informasjonsmaterieell som skulle fremlegges og hvilke observasjoner som skulle gjøres, og intervjuobjektene hadde mulighet til å stille spørsmål om undersøkelsen.

Under selve målingen ble psykiater, fagutviklersykepleier og miljøterapeut intervjuet i et fokusgruppeintervju på ca 2,5 timer. Spørremanualen for DDCAT ble brukt. Under intervjuet ble dokumentasjon fra journal etterspurt. I etterkant av gruppeintervjuet ble enhetsleder intervjuet. Deretter ble skriftlig materieell (prosedyrer, rutiner, informasjonsmaterieell etc) innhentet og fysisk miljø på enheten observert. Intervjuet ble gjennomført den 11.01.2010

Hvert program fikk en rapport hvor begrunnelse for deres skår ble beskrevet og en forklaring på hvilke kriterier som måtte fylles for at skår kunne økes gitt. Alle programmene fikk også en muntlig tilbakemelding på målingen hvor skår ble diskutert. Rapporten ble brukt i utarbeidelsen av endringsmål i forhold til å bedre tilbud til pasienter med rusproblematikk ved klinikken. Rapporten ble også brukt for å utarbeide opplærings og kursstilbud til ansatte. I dette arbeidet var brukerrepresentanter delaktige.

## 2.4 Gjennomføring runde 2

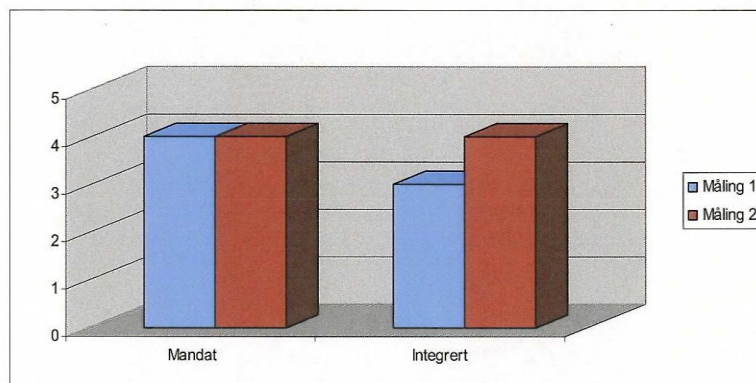
I oktober 2011 ble det besluttet av klinikkledelsen at det skulle gjennomføres en DDCAT runde II. Dette for å måle effekt av de intervensjoner gjort for å øke ruskompetansen til psykiatrisk klinikk. De samme intervjuerne fra første runde gjennomfører også runde II.

Underintervjuet ble 3 sykepleiere intervjuet. Psykiater kunne ikke delta under intervjuet og ble intervjuet over telefon i etterkant. Enhetsleder ble intervjuet i etterkant av fokusgruppeintervjuet. Intervjuet ble gjennomført den 12.01.2012.

### 3. Resultater

#### 3.1 Programmets struktur

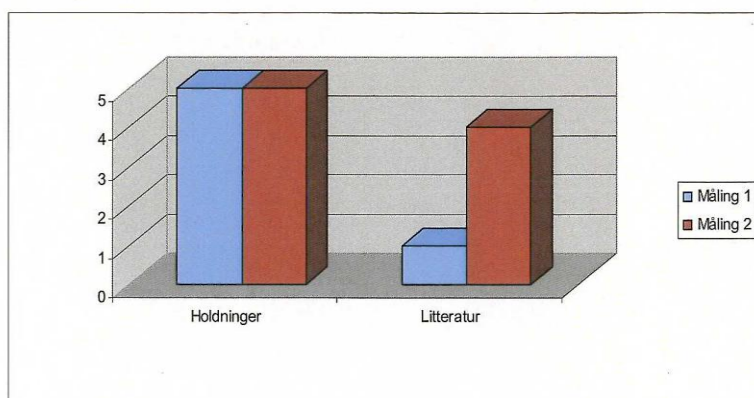
I denne delen evalueres hvordan enheten er organisert og hvordan dette styrker eller svekker muligheten til å tilby god rusbehandling.



3A er en sikkerhetspost, lukket avdeling med 9 sengeplasser. Pasientgruppen er personer med voldsproblematikk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser. Enheten har høyt fokus på rusproblematikk og samsykelighet.

#### 3.2 Program

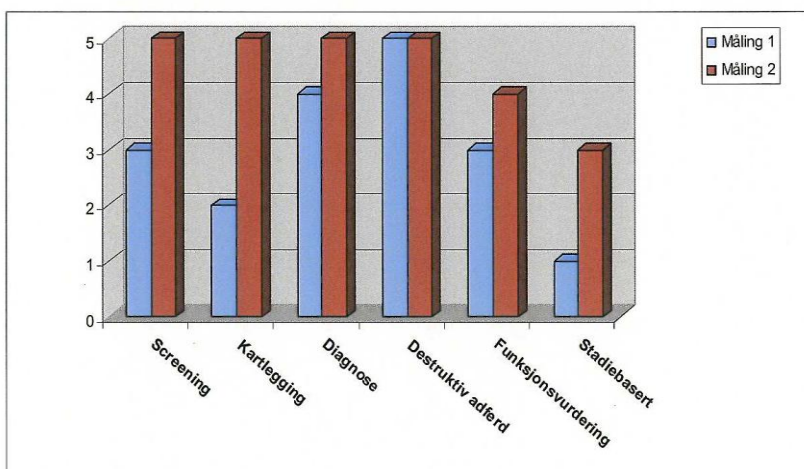
I hvilken grad er behandlingsprogrammet inkluderende for personer med både rus og psykisk lidelse.



Programmet har en klar forventning om å behandle ROP pasienter uavhengig av alvorlighet. Programmet har dokumentert at ruslidelse forventes på deres nettsider og i faglig profil. Selvhjelps litteratur er tilgjengelig på avdeling.

### 3.3 Klinisk prosess: Utredning/diagnostikk og kartlegging

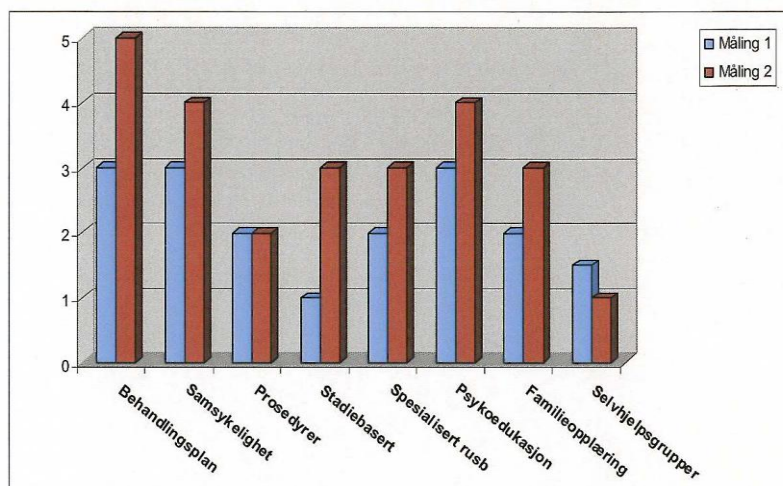
Hvordan behandlingsprogrammet screener, kartlegger, innhenter pasientens historikk både i forhold til psykisk lidelse og ruslidelse.



I trå med nye retningslinjer for behandling av rus og psykisk lidelse (ROP), brukes det anbefalte standardiserte verktøy for screening og kartlegging. Ansatte har fått innføring i motiverende intervju.

### 3.4 Klinisk prosess: Behandling

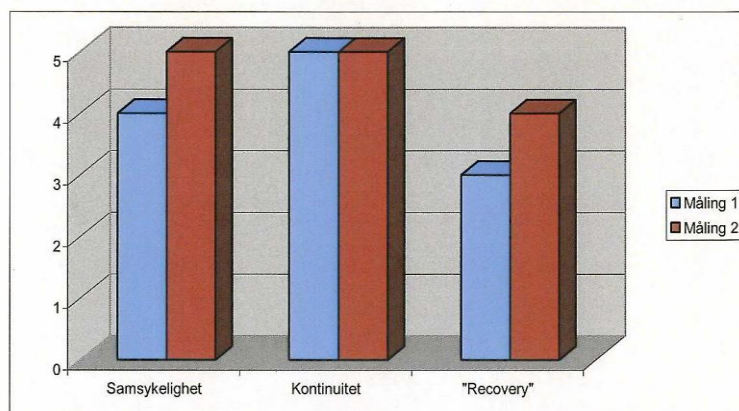
Hvordan behandlingen er organisert, prosedyrer og hvilke behandling som gis i forhold til ruslidelse.



Programmet utarbeider nå gode integrerte behandlingsplaner og de har kontinuerlig fokus på å overvåking av rus og psykisk lidelse. De har økt ruskompetanse og det gis mer spesialisert rusbehandling.

### 3.5 Kontinuitet i behandlingen

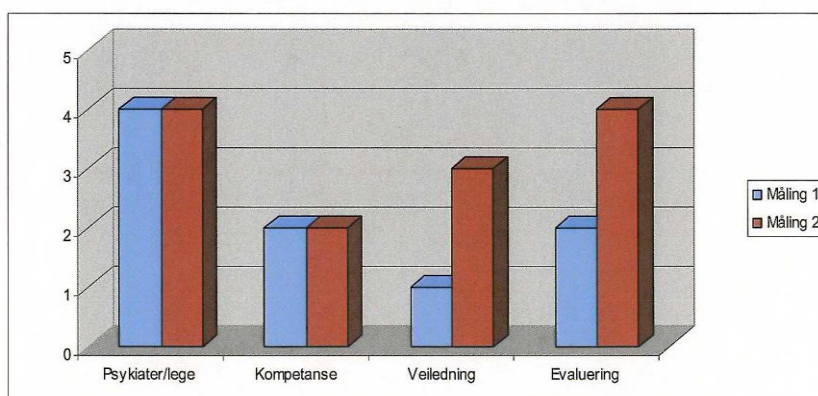
Tidsperspektiv i behandling, oppfølging i etterkant og overføring til annen behandling/omsorg. Sømløse behandlingstilbud.



Programmet jobber systematiske og grundig i forhold til å tenke behandlingsavslutning. Behovet for å tenke sikkerhet er høyt og det utarbeides grundige IP, håndteringsplaner og kriseplaner. Programmet planlegger behandlingsavslutning sammen med 1.linjen og de tilbyr veiledning og undervisning til dem. Programmet har etablert et ambulant team/Ny start som følger opp pasienter gjennom etablering i kommunen.

### 3.6 Personal

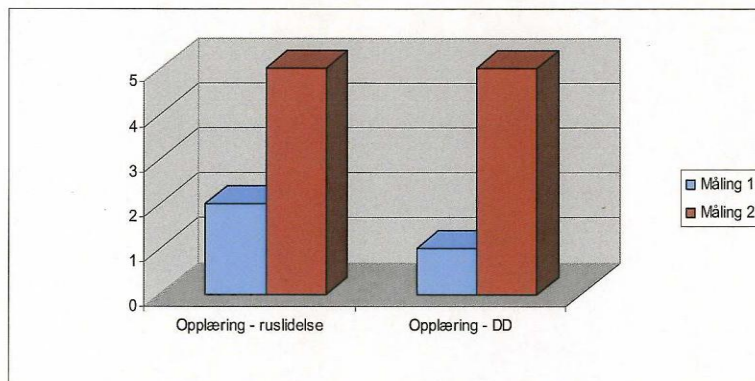
Denne delen av undersøkelsen tar for seg personalets kompetanse og utdanning i avhengighet.



Programmet har etablert nye rutiner for veiledning og kvalitetssikring av behandlingen.

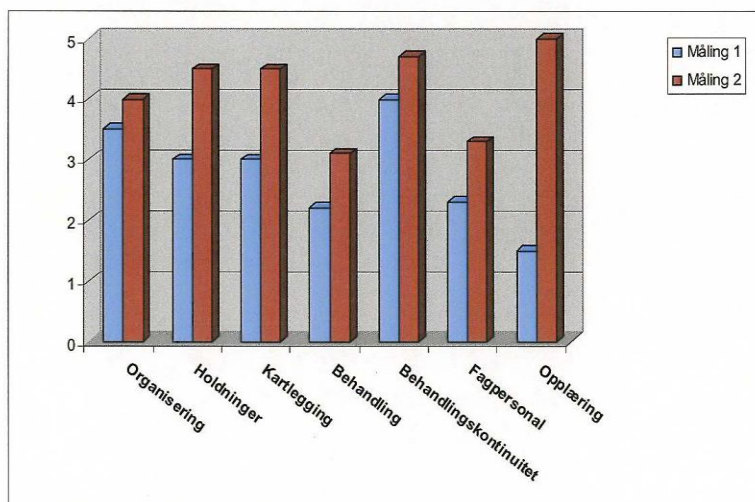
### 3.7 Opplæring

Denne delen omhandler kompetanseplaner og opplæring av personell i problematikken rus og psykisk lidelse



Det har vært arrangert opplæring, undervisning og veiledning i forhold til rusrelaterte temaer de to siste årene. Dette har vært høyt prioritert og alle ansatte har deltatt.

#### 4. Oppsummering



Gjennomsnittskår for 3A var på 2,7. Ny skår for programmet er 3,9. Programmet har gjennomført store forbedringer i sitt behandlingstilbud i samsvar med ny retningslinje for ROP ([www.helseidirektoratet.no](http://www.helseidirektoratet.no)).





## 4 Resultat av spørreundersøkelse om nytten av DDCMHT-kartleggingen i psykiatrisk klinikk

### Opplevd nytteverdi av kartleggingsverktøyet DDCMHT i Norsk versjon

Påstander du bes ta stilling til (sett kryss ved svaralternativet som passer best)	Svært uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Svært enig
DDCAT kartleggingen har vært nyttig for oss		9 %	18 %	64 %	9 %
Fokuset på dokumentasjon av praksis gjennom denne kartleggingen, har ført til større fokus på skriftlige rutiner og prosedyrer i enheten		9 %	36 %	36 %	18 %
DDCAT'n anerkjenner ikke godt nok, praksis som ikke er rutinemessig nedfelt/dokumentert			64 %	45 %	
DDCAT'n har gjort oss mer beviste på betydningen av rutinemessig ruscreening og videre kartlegging			9 %	45 %	45 %
DDCAT-kartleggingen i seg selv har ført til diskusjoner og større bevissthet rundt holdninger til pasienter med rusproblemer		9 %	9 %	28 %	54 %
DDCAT-kartleggingen har gitt refleksjoner over egen praksis og mandat			9 %	72 %	18 %
DDCAT'n har gjort oss mer beviste på viktigheten av rusfaglig kompetanse i enheten			18 %	54 %	28 %
I vår enhet har DDCAT resultatet blitt presentert for alle ansatte		18 %	9 %	45 %	28 %
Kartleggingen skapte uro blant de ansatte, fordi den utfordret enhetens mandat	18 %	54 %	18 %	9 %	
Resultatet fra DDCAT'n har gitt god oversikt over forbedringsområder			9 %	82 %	9 %
De fleste forbedringsområdene som kom frem i DDCAT'n vil være enkle å implementere i allerede eksisterende rutiner		18 %	18 %	54 %	9 %
Oversikten fra DDCAT kartleggingen har gjort oss i stand til å endre praksis		18 %	45 %	28 %	9 %
Det har vært vanskelig å prioritere forbedringsområder med så mange målepunkter	9 %	45 %	28 %	18 %	
Uten opplæring, veiledning og støtte i forbedringsprosessen vil det være vanskelig å få til varige endringer			28 %	36 %	36 %
Enheden har for små resurser til å gjennomføre varige strukturelle endringer i forhold til rus	9 %	45 %	28 %		18 %

## Hvordan oppleves de ulike målepunktene å være tilpasset Norske forhold?

<b>Er det forhold du mener DDCAT'n ikke etterspør, som er av betydning for behandlingskvalitet ut fra en norsk kontekst.</b>	JA	NEI
(Mht. organisering og ansvar mellom 1.- og 2. linje, retningslinjer, behandlingstradisjon m.m)		100%

<b>Er det punkter som er lite tilpasset norske forhold og bør vektlegges mindre?</b>	JA	NEI
(Mht. organisering og ansvar mellom 1.- og 2. linje, tilbud som er lite tilgjengelig, behandlingstradisjon m.m)		100%

Annet dere gjerne vil gi tilbakemelding om: 0 %

## 5 Resultat av spørreundersøkelse om faktorer av betydning for implementering i sikkerhetspsykiatrisk enhet

### Hvilke faktorer mener dere har hatt betydning for implementering av ny praksis?

Nedenfor beskrives noen alternativer dere bes gradere betydningen av, for implementering av integrert behandlingskompetanse

1 assosieres med **ingen betydning**, mens 6 assosieres med **stor betydning**

Grad av betydning for utfall	1	2	3	4	5	6
Enhetsledelsens egen erkjennelse og forforståelse av behov for økt behandlingskompetanse på rus og integrert behandling før DDCMHT						x
Endringene har latt seg implementere i allerede eksisterende rutiner						x
Mye av endringene som er foretatt, gjelder generelle kvalitetsforbedringer, ikke bare i forhold til rus						x
At endringsbehovet jfr. DDCMHT ble forankret i hele personalgruppa gjennom fagdager og grunnopplæring i forkant						x
Bistand ved utprøving av verktøy og metodikk i klinisk arbeid						x
Endringene det har vært arbeidet med, har blitt gjennomarbeidet og forankret i klare rutinebeskrivelser, (flytskjema).					x	
Opplevelse av bedret behandlingskvalitet overfor pasientene gjennom det kliniske arbeidet						x
Kontrollen med at de nye aktivitetene og rutinene følges opp					x	
Hurtig korrigerer av forhold som ikke har fungert godt nok						x
At endringene er standardisert i eksisterende system og rutiner					x	
Oppfølging og bistand i implementeringsarbeidet						x
Annet:						

## Hva har vært avgjørende for valg av forbedringspunkter som er prioritert?

1 assosieres med ingen betydning, mens 6 assosieres med stor betydning

Grad av betydning for valg av endringsområder	1	2	3	4	5	6
Der DDCMHT-kartleggingen viste forbedringspotensialet, og som var forholdsvis enkle å forbedre				x		
De punktene vi hadde gode erfaringer med gjennom utprøving i klinisk praksis i forkant						x
Oppdelingen av kompetanseområder i DDCMHT gjorde at vi knyttet forbedringsarbeidet opp til pasientforløp der vi startet med inntøms- og utredningsfasen osv.					x	
Dette kom mer eller mindre av seg selv når vi arbeidet med flytskjema						x
Områder som kunne gjøre oss bedre i stand til å kommunisere med pasientene om rusbruk på en naturlig måte						x
Endringspunkter vi på en enkel måte kunne følge opp og kontrollere videre						x
Forbedringspunkter som kan gi ringvirkninger på flere områder i DDCMHT						x
Starte med endringer som kunne gi en forholdsvis rask og målbar forbedring, som kunne skape motivasjon for videre forbedringsarbeid						x
Aktiviteter vi mente kunne bidra til økt brukermedvirkning i behandlingsplanlegging og eierforhold til behandlingsmål						x
Områder det hadde vært vanskelig for oss å endre på egenhånd uten bistand utenfra						x
Forbedringer som lett kunne implementeres i allerede eksisterende rutiner og systemer						x
Områder vi anså av betydning for voldsrisikovurdering og dokumentasjon av denne						x
Få på plass endringer i rutiner først, som fundamentet for kvalitative forbedringer						x
Endringer som kunne realiseres innenfor eksisterende økonomiske rammer						x
Annet: Beskriv						

