



De lovgivningsmæssige rammer

v. Silke Boddum-Grabow, adjunkt og cand.jur.

Program

- Ansvar
- Misbrugsbehandling
- Handleplan og behandlingsplan
- Behandling i sundhedsvæsenet
- Tvang efter psykiatriloven
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Indsatser på det sociale område
- Magtanvendelse efter serviceloven
- Indsatser på tværs – dilemmaer?
- Spørgsmål

Det statslige ansvar på misbrugsområdet

Børne- og Socialministeriet: Ansvar i forhold til den sociale indsats

Sundhedsministeriet: Ansvar i forhold til behandling i sundhedsvæsenet

Kommunernes og regionernes ansvar

Behandling af patientens psykiske lidelse(r): Regionerne

Behandling af misbrug: Kommunerne

Når borgeren er indlagt, har psykiatrien (regionen) ansvaret for både behandling af misbrug samt psykiske lidelser.

Behandlingspsykiatrien må ikke afvise borgere med den begrundelse, at de har et misbrug.

Kommunen må ikke afvise borgere med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Social- og sundhedsfaglige indsatser

Psykiatrisk behandling

Botilbud

Misbrugsbehandling

Andre socialpsykiatriske tilbud



Underlagt forskellige lovgivninger

Misbrugsbehandling

Kommunerne:

- Den sociale stofmisbrugsbehandling (servicelovens §§ 101-101a)
- Den lægeligfaglige stofmisbrugsbehandling/substitutionsbehandling (sundhedslovens § 142)
- Alkoholmisbrugsbehandling (sundhedslovens §§ 141)

Regionerne:

- Under indlæggelse har psykiatrisk afdeling tillige ansvaret for misbrugsbehandlingen

Den sociale stofmisbrugsbehandling

- Kommunen har ansvaret for, at borgeren tilbydes behandling senest 14 dage efter henvendelse. – forinden tilbydes lægesamtale
- Den sociale indsats retter sig som udgangspunkt mod den nedsatte fysiske og især psykiske funktionsevne samt de sociale problemer, som følger af misbruget.
- Hovedsigtet er at hindre yderligere funktionsnedsættelse og bibringe vedkommende en bedre social og personlig funktion og herved højne livskvaliteten
- Beror på frivillighed og motivation
- Kan kombineres med et midlertidigt ophold efter servicelovens § 107, stk. 2
- Der kan ved siden af misbrugsbehandlingen være behov for andre tilbud til borgeren, fx bolig, personlig støtte, aktivitets- og samværstilbud m.v.
- Mulighed for at visse borgere kan modtage anonym, ambulant stofmisbrugsbehandling

Den lægefaglige stofmisbrugsbehandling

- Kommunen har ansvaret for, at borgeren tilbydes behandling senest 14 dage efter henvendelse. – forinden tilbydes lægesamtale
- Behandling med afhængighedsskabende lægemidler
- Kommunen har ansvar for at tilrettelægge en samlet indsats – både lægelig og social behandling – for den enkelte borger

Alkoholmisbrugsbehandling

- Kommunen har ansvaret for, at borgeren tilbydes behandling senest 14 dage efter henvendelse.
- Behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det.

Handleplan

- Der skal tilbydes en socialfaglig handleplan til borgere, der har betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, hvor det vurderes, at de har behov for en socialfaglig indsats.
- Udarbejdes af kommunen
- Beskriver de kort- og langsigtede mål, herunder påtænkte indsatser
- Relevante dele af handleplanen kan udleveres til misbrugs- og/eller sociale tilbud

Behandlingsplan

- Hvem skal have udarbejdet en behandlingsplan?
 - Borgere med stofmisbrug, der visiteres til behandlingstilbud efter serviceloven eller sundhedslovens § 142
 - Borgere med alkoholmisbrug har som udgangspunkt mulighed for at få udarbejdet en behandlingsplan
 - Indlagte patienter i psykiatrien
- Behandlingsplanen koordineres med den sociale handleplan
- Sikre sammenhæng mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofbehandlingen og de sociale problemstillinger

Tilbageholdelse af personer med misbrug i behandling

Målgrupper:

- a) Gravide stofmisbrugere
- b) Øvrige stofmisbrugere
- c) Gravide alkoholmisbrugere

Forskel på kommunernes forpligtelse til at tilbyde en kontrakt om tilbageholdelse og på bestemmelserne om kontraktens varighed samt betingelserne for en faktisk tilbageholdelse.

Behandling i sundhedsvæsesnet

Informeret samtykke til behandling

Sundhedslovens § 15: *"Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af [§§ 17-19](#).*

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. [§ 16](#)."

"Behandling": Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Anvendelse af tvang i psykiatrien

Ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke, der ikke foreligger informeret samtykke efter sundhedslovens regler.

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

Der må aldrig anvendes mere tvang end formålet tilsiger, tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten.

Psykiatriloven – dog med undtagelser – finder også anvendelse for personer indlagt i henhold til retsafgørelse

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller
- 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Når betingelserne ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen bringes til ophør.

Fremgangsmåde ved tvangsindlæggelse

- De nærmeste har pligt til at tilkalde en læge, når en person, der må antages at være sindssyg, ikke søger nødvendig behandling
- Den tilkaldte læge undersøger patienten
- Hvis indlæggelse skønnes nødvendig skal læge motivere for frivillig indlæggelse
- Lægen udfærdiger erklæring om tvangsindlæggelse – gule eller røde papirer
- Lægen afleverer eller sender papirerne til politiet med henblik på tvangsindlæggelsens iværksættelse
- Politiet påser, at betingelserne er opfyldt og yder bistand til den faktiske iværksættelse af tvangsindlæggelsen
- Den indlæggende læge skal så vidt muligt være til stede, når politiet forlader stedet med den, der skal tvangsindlægges
- Gennemføres så skånsomt og diskret som muligt
- Modtagende læge træffer endelig afgørelse om tvangsindlæggelse

Tvangsbehandling

- Tvangsbehandling må anvendes overfor personer, der opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse (kræver ikke at patienten *er* tvangsindlagt/tvangstilbageholdt)
- Tvangsmedicinering, tvangsernæring og elektrostimulation (ECT)
- Passende betænkningstid inden overlægens afgørelse om tvangsbehandling – patienten skal løbende motiveres
- Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger
- Mindste-middels-princippet gælder også ved tvangsbehandling – her betyder det bl.a. at der som udgangspunkt, at tablet/mikstur går forud for injektion.

Tvungen opfølgning efter udskrivning

Målgruppen er en lille gruppe svært, psykisk syge patienter, der er udsat for en stor risiko for tilbagefald, hvis de ikke fortsætter behandlingen

Skal ses i sammenhæng med den sociale indsats – derfor også tæt sammenhæng med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (skal laves)

Kriterier:

- Aktuelt er indlagt (tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt) – begrundet formodning og nærliggende risiko for, at patienten ikke vil fortsætte behandlingen efter udskrivning
- Inden for de seneste 3 år har været tvangsindlagt mindst 3 gange
- Inden for de seneste 3 år i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er angivet
- Inden for det sidste halve år har været ordineret opsøgende behandling, men undladt at følge den ordinerede medicinske behandling

Pålæg til patienten om at møde op i det psykiatriske sygehusvæsen - evt. med bistand fra politiet

Tvangsmidler

- Tvangsfiksering
- Beskyttelsesfiksering
- Anvendelse af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende medicin
- Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse
- Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen
- Personlig hygiejne under anvendelse af tvang
- Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

- **Målgruppe:** Patienter, der ikke selv vil søge de(n) nødvendige behandling eller sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.
- **Samarbejde** mellem de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.
- **Klar ansvarsfordeling**
- Hvis en patient ikke ønsker at medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal der i stedet udarbejdes en koordinationsplan (samme krav til indhold)
- Patienter underlagt tvungen opfølgning skal have udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan
- Hjemmel til, at der kan ske udveksling af oplysninger mellem de involverede aktører

Indsatser på det sociale område

- Serviceloven opregner de sociale indsatser, som kan iværksættes over for bl.a. borgere med nedsat psykisk funktionsevne, herunder personer med varige sindslidelser, samt personer med sociale problemer
- Kommunen træffer afgørelse – og har finansieringsansvaret
- Regionen kan være leverandør – rammeaftale
- Frivillighed

Serviceovens formål

- 1) Tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) Tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) Tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

for at..

- sikre, at den enkelte får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der modsvarer den enkeltes behov
- fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.
- udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte.

Eksempler på indsatser

- Personlig hjælp, pleje og omsorg
- Personlig støtte, fx bostøtte
- Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud
- Botilbud
- M.fl.

Indgreb i selvbestemmelsesretten

Målgruppe:

Personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, der er i målgruppen for personlig og praktisk hjælp samt socialpædagogisk bistand, behandlingsydelser, aktiverende tilbud efter serviceloven, og som ikke samtykker i en foranstaltning efter [§§ 125-129 a](#).

- Omsorgsforpligtelse efter SEL § 82 – dog ikke fysisk tvang
- Reglerne om magtanvendelse (dog ikke § 125) gælder uanset boform – derfor også i private hjem, hvor der f.eks. ydes praktisk hjælp

Generelle forudsætninger for indgreb

- Aldrig træde i stedet for personlig omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand
- Nødvendig faglig dokumentation for den nedsatte funktionsevne
- Forsøgt at opnå frivillig medvirken
- Mindsteindgrebsprincip
- Udøves så skånsomt og kortvarigt som muligt

For de fleste indgreb kræves der en afgørelse fra kommunen inden indgrebene kan iværksættes. Afgørelse træffes for en afgrænset periode.

Indgreb efter serviceloven

- Alarm- og pejlesystemer
- Særlige døråbnere
- Fastholdelse eller føren
- Fastholdelse i hygiejnesituationer
- Tilbageholdelse i boligen
- Anvendelse af stofseler
- Optagelse i særlige botilbud (flytning uden samtykke)

Indgreb efter serviceloven

Fastholdelse eller føren til andet opholdsrum

- 1) Der er nærliggende risiko for, at personen udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskade, og
- 2) Forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet

Hjemmel til akut magtanvendelse – afgørelse træffes af det kommunale eller regionale personale

Fastholdelse i hygiejnesituationer

- 1) Absolut nødvendigt for at udøve omsorgspligten

Indgreb efter serviceloven

Optagelse i botilbud uden samtykke (§ 129)

- 1) Absolut påkrævet for, at den pågældende kan få den nødvendige hjælp
- 2) Hjælpen ikke kan gennemføres i vedkommendes hidtidige bolig
- 3) Pågældende ikke kan overskue konsekvenserne af sine handlinger,
- 4) Pågældende udsætter sig for væsentlig personskade, og
- 5) Det er uforsvarligt ikke at sørge for flytning

Indgreb efter serviceloven

Optagelse i botilbud uden samtykke (§ 129a)

Målgruppe: Personer med en betydeligt og varigt nedsat psykisk funktionsevne som følge af sindslidelse, der modsætter sig flytning, eller mangler evnen til at give informeret samtykke hertil.

- 1) Den pågældende er til væsentlig fare for eller udviser en særligt truende eller en særligt chikanerende adfærd over for øvrige beboere eller personale,
- 2) Det er uforsvarligt over for de øvrige beboere eller personalets sikkerhed ikke at sørge for flytning,
- 3) Forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet, og
- 4) Det kan godtgøres, at det nye botilbud er bedre egnet til at imødekomme den pågældendes støttebehov

Alene optages i § 108-tilbud (varigt).

Besøgsrestriktioner (efter serviceloven)

Hvor: Boligformer med tilknyttet personale og fællesarealer

Udgangspunktet: Man bestemmer selv, hvem man vil have besøg af i egen bolig samt på fællesarealerne

Kommunen kan træffe afgørelse om begrænsning i adgangen til fællesarealer, hvis:

- 1) Den besøgende udøver vold eller truer med vold – eller i øvrigt udviser en adfærd der er til fare
- 2) Den besøgende generer eller udøver chikane
- 3) Den besøgendes adfærd er stærkt generende ved at skabe generel utryghed, forråelse af miljøet eller vanskeliggøre den nødvendige hjælp efter serviceloven

Indsatser på tværs – dilemmaer?

Dilemma: At der ikke er hjemmel til de samme indsatser, herunder tvang/magt

- Sikre generel viden på tværs

Dilemma: Samarbejde mellem systemerne

- Sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner - særligt vigtigt for denne gruppe

Dilemma: Udveksling af oplysninger om borger på tværs af fx behandlingspsykiatri og socialpsykiatriske tilbud

- De almindelige regler for videregivelse af oplysninger
- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Koordinerende indsatsplaner
 - Behandlingsplan
 - Handleplan

Spørgsmål???

Referencer

Udover relevante love, bekendtgørelser og vejledninger er anvendt følgende:

Psykiatritret, 2017, Helle Bødker Madsen og Jens Garde

Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*

Koordinerende Indsatsplaner

Formål

- Introducere den Koordinerende Indsatsplan til dem af jer, som ikke kender den
- Give et fælles grundlag for jer alle sammen i forhold til at arbejde med den Koordinerende Indsatsplan

Program

- Hvad er de Koordinerende Indsatsplaner?
- Hvad kan de Koordinerende Indsatsplaner og hvad kan de ikke?
- Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv
- Hvad er erfaringerne med de Koordinerende Indsatsplaner?
- Hvor kan jeg få mere viden om de Koordinerende Indsatsplaner?

Hvad er de Koordinerende Indsatsplaner?

- En fælles plan mellem psykiatri og misbrugsbehandling
- Der koordinerer indsatserne i de to behandlingstilbud
- Borgeren skal give samtykke
- Planen laves på et fælles møde, hvor borger og evt. pårørende også har mulighed for at deltage
- Der er mulighed for at inddrage yderligere parter, hvis relevant – f.eks. botilbud
- Planen vil typisk indeholde en aftale om det næste møde

Hvad er de Koordinerende Indsatsplaner?



- Beskrevet i fælles retningslinjer fra Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen fra 2014
- <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx>
- Skrevet ind i Sundhedsaftalerne

Hvad er de Koordinerende Indsatsplaner?

- Der findes en skabelon for den Koordinerende Indsatsplan i retningslinjerne
- Som også kan fungere som dagsorden for indsatsplansmødet
- Der findes en række forskellige lokale tilpasninger (forenklinger) af denne skabelon

Hvem er målgruppen for de Koordinerende Indsatsplaner (fra Retningslinjerne)?

- Målgruppen er borgere med svære psykiske lidelser og samtidig misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien
- Og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger
- Borgerne skal have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri og samtidig vurderes at have gavn af indsatser begge steder

Hvem indkalder til indsatsplansmøde og laver en Koordineret Indsatsplan?

- Forskellige modeller:
 - Koordinator/fællesteam (faste personer)
 - Eller
 - Den fagperson, der har den tætteste kontakt med borgeren (ad hoc)

Hvad sker der på et indsatsplansmøde?

- Præsentationsrunde
- Hvad er de nuværende udfordringer?
- Hvad skal der laves af indsatser og hvem er ansvarlig?
- Hvordan skal de prioriteres?
- Hvornår mødes vi igen?
- Hvem er tovholder på den Koordinerende Indsatsplan indtil da?

Film om et indsatsplansmøde og den Koordinerende Indsatsplan

- Kontekst:
 - Specialambulatoriet i Region Hovedstadens Psykiatri
 - Laver integreret behandling af psykisk sygdom og misbrug
- Afslutning af patient/borger
- Overgå til parallel behandling i distriktpsychiatri og misbrugsbehandling

Film om et indsatsplansmøde og den Koordinerende Indsatsplan

- Link til film om indsatsplansmøde vil kunne findes på Kompetencecenter for Dobbeldiagnosers hjemmeside engang i løbet af foråret 2018:
- www.psykiatri-regionh.dk/KFD

Hvad er baggrunden for de Koordinerende Indsatsplaner?

- Opdelt behandlingssystem – parallel behandling
- Men anbefalingerne til behandling af mennesker med en dobbeltdiagnose er integreret behandling

Hvad er baggrunden for de Koordinerende Indsatsplaner?

- Projekt Integreret Indsats (Satspuljeprojekt Socialstyrelsen 2011-2014)
- Psykiatrien i Region Midt, Syddjurs Kommune og Hedensted Kommune + Region Hovedstadens Psykiatri, Ballerup Kommune og Egedal Kommune
- Fælles behandlingsplansmøder mellem behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri
- Indsatsen blev mere sammenhængende

I relation til andre planer:

- Den Koordinerende Indsatsplan er ikke:
 - En udskrivningsaftale
 - En koordinationsplan
- Den koordinerende indsatsplan inddrager/bygger på andre behandlingsplaner, handleplaner m.m.

Hvad kan den Koordinerende Indsatsplan?

- Understøtte det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med en dobbeltdiagnose
 - Som burde foregå
- Skabe overblik over indsatserne og involverede parter
 - For borger/patient
 - For pårørende
 - For de professionelle aktører
- Sikre koordination (forhindre at indsatserne arbejder imod hinanden)

Hvad kan den Koordinerende Indsatsplan ikke?

- Give adgang til behandlingstilbud
- Skabe nye behandlingstilbud
- Tvinge folk til at deltage
- Skabe et bedre samarbejde end det, som aktørerne selv bidrager med
- Ingen mirakelkur
- Løser ikke de grundlæggende problemer i forhold til dobbeltdiagnoseområdet

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Behandlingssystemet er fragmenteret, forvirrende, kaotisk, ulogisk
- De koordinerende indsatsplaner (forsøger at) kompenserer for et problem, som der er skabt med indretningen af behandlingssystemet

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Præsentation af den Koordinerende Indsatsplan for brugeren:
 - Hvem har du med at gøre?
 - Målgruppen har ofte lange erfaringer med behandlingssystemerne
 - Måske har du at gøre med et menneske, der har længere brugererfaringer end du har behandlererfaringer?
 - Det er vigtigt at du og borgeren opnår en fælles forståelse af KI

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Forventningsafstemning:
 - ”Det kan være surt at få at vide, at KI ikke kan løse alle problemer over night, men så kan man f.eks. få en snak om erfaringerne med tålmodighed og få lavet nogle gode aftaler i den forbindelse. Omvendt kan det være en kæmpe lettelse at høre, at ens liv ikke bliver lavet fuldstændigt om med et snuptag og det kan f.eks. give anledning til en snak om ubehaget ved forandring og behandlingens tempo.”

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Overvejelser om mødet sammen med brugeren – I
 - Hvad er erfaringen med at deltage i samarbejds møder?
 - Hvordan plejer det at være?
 - Hvad er fordelene ved at deltage?
 - Kan man deltage i noget af mødet? Kan man nøjes med at sidde og lytte?
 - Hvad gør vi, hvis det er en dårlig dag?

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Overvejelser om mødet sammen med brugeren – II
 - Hvordan kan vi hjælpe til, at mødet kommer til at fungere bedst muligt?
 - Det kan være gavnligt for nogen, at man på forhånd gennemgår hvordan hele seancen løber af stablen: Vi mødes der og der, følges til mødelokalet, laver en kop kaffe, så siger jeg noget, så siger du noget, så siger de andre noget og så gennemgår vi de og de punkter osv.
- OBS – det er måske ikke kun brugeren der er nervøs?

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Konkrete gode råd til brugerinddragelse under mødet
 - Præsentationsrunden – tal med udgangspunkt i brugeren til brugeren
 - Indsatsrunden – fortæl om din oplevelse af indsatsen med udgangspunkt i brugeren til brugeren og søg bekræftelse hos brugeren
 - Brugerens ønsker – hjælp med at holde overblik, holde fast i hvad der er vigtigt

Koordinerende Indsatsplaner fra et brugerperspektiv

- Efter mødet
 - Der er mange i målgruppen, som ikke har nogen at tale med om deres behandling. Måske har du selv vendt mødet med en kollega eller en derhjemme. Giv brugeren mulighed for det samme. Spørg til borgerens oplevelse af mødet. Måske når I tilmed frem til, at der er noget, der skal gøres anderledes til næste møde.

Hvad er erfaringerne med de Koordinerende Indsatsplaner?

- Meget forskelligt implementeret i de fem regioner
- Og nogle steder også internt i de enkelte regioner
- Ingen fælles evaluering eller erfaringsopsamling på tværs af landet

Hvad er erfaringerne med den Koordinerende Indsatsplan?

- Evaluering af KI i samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune:
 - Få planer, trods undervisning m.m.
 - Uklarhed om, hvem der har ansvaret for at iværksætte plan
 - Opleves som tungt at tage initiativ til, fordi man selv skal løfte arbejdet med indkaldelse, mødeledelse og udarbejdelse af plan
 - En del borgere vil ikke give samtykke
 - Kræver ledelsesmæssig opbakning

Hvor kan jeg lære mere om den Koordinerende Indsatsplan?

- <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx>
- <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeldiagnoser/Sider/default.aspx>
- http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/forfagpersoner/projekt-styrket-indsats-for-dobbeldiagnosticerede/Sider/Film-omnetvaerksmoedet.aspx

OBS: Ny udmelding fra Sundhedsministeren 31/12 2017 ('Sundhed hvor du er'):

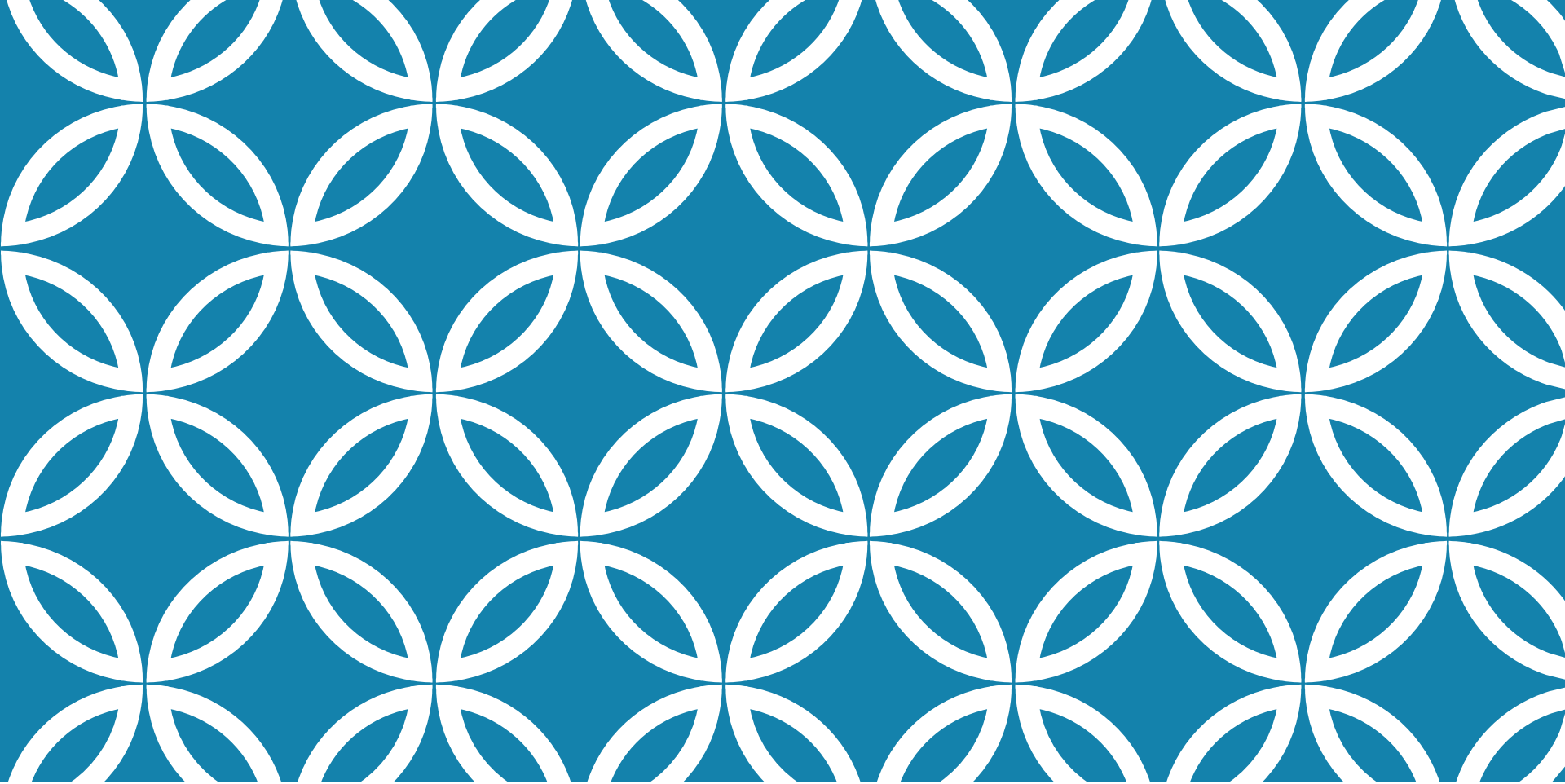
- "For at tilgodese en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af den fornødne kvalitet og intensitet vil regeringen ændre den gældende fordeling af ansvaret for misbrugsbehandlingen for mennesker med psykiske lidelser, så denne samles i regionalt regi der i forvejen har ansvaret for behandlingen af mennesker med psykiske lidelser. Regeringen har derfor igangsat et arbejde mhp. at finde den bedste model for flytningen af ansvaret. Til foråret vil modellen blive præsenteret som led i regeringens udspil.
- Initiativ 7: Behandlingen af patienter med misbrug og samtidig psykiske lidelser skal samles i regionerne"

Hvad så med de Koordinerende Indsatsplaner?

- En ændring af ansvarsfordelingen fjerner ikke behovet for samarbejde mellem region og kommune
- Men vil flytte sektorovergangen til et andet sted

Spørgsmål?

- Tak for opmærksomheden
- Og god fornøjelse!
- katrine.schepelern.johansen@regionh.dk



TILGANG TIL MÅLGRUPPEN

AARHUS 8. OKTOBER 2018

v/
Louise Brückner Wiwe
"Brückner Praxis"

PROGRAM

8. OKTOBER 2018, 08.35-12.00

Tilgang til målgruppen

Hvordan kan brug af rusmidler forstås som en del af en løsningsstrategi? Hvordan kan man bedst arbejde med og omkring borgeren?

08.35 – 09.00

Introduktion til Brückner Boksen

Med indlagt øvelse

09.10 – 10.00

Misbrug i boks

10.10 – 11.00

Redskaber til hverdagen.

Med indlagt øvelse

11.10 – 12.00

Opsamling – hvad vil virke?

Med indlagt øvelse

INTRODUKTION AF INDLÆGSHOLDER

Louise Brückner Wiwe

Cand. psych. 1993 , 25 års jubilæum....

Specialist i neuropsykologi 2000, siden supervisor

Specialist i psykopatologi i 2013, inden supervisor

De første 10 år i neuropsykologien, fokus: pårørendearbejde

Siden "retspsykologi", Risskov, R1, ambulatoriet - mentalobservationer.

2010, klinikken "Brückner Praksis", Aarhus

2014, VISO-leverandør og bande-exit/kriminalforsorgen

2017, Risikovurderinger og FKU

Mail: **louise@bruckner.dk** og hjemmeside **www.bruckner.dk**

MIN NORM

De dårligst fungerende af Danmarks borgere.

Udviklingsforstyrrede

Udviklingshæmmede

Psykisk syge

Hjerneskadede

Kriminelle

Misbrugende

Anden etnisk herkomst end dansk

De svært udredelige

Dem, der når frem til hjælpen i dag.

MIN VIDEN ER I PRAKSIS ERFARET, JEG ER KLINIKER!

MIN STIL

Diskret postulerende karakter. Det holder både mig og Jer vågne.

Jeg ved, at jeg har ret.

– det gør det nemt at være mig, men måske lidt vanskeligt, at være andre.



HVEM ER I?

Mange...



Folk siger vel at Jeppe drikker, men
siger ikke, hvorfor Jeppe drikker.



MEN HVORFOR DRIKKER JEPPE?

SØREN KIERKEGAARD

"Brudstykker af en ligefrem meddelelse" (1859)

"At man, naar det i Sandhed skal lykkes at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver der ikke kan det, han er sig selv i Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en anden.

For i Sandhed at kunne hjælpe en anden, må jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, så hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.

Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfærdelig stolt, saa jeg i grunden i stedet for at gavne ham egentlig vil beundres af ham.

Men al sand Hjælp begynder med ydmygelsen: Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaa, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og ikke at forstaae, hvad den Anden forstaar."



Brückner og Kierkegaard

– overdrivelse fremmer vågenhed

MEN HVAD FORSTÅR BORGEREN?

Jeg vil introducere **BOGEN** om borgeren, som vi ikke kan låne på biblioteket, der har følgende **kapitler**:

1. Historien om borgeren, baggrund, traumer og erfaring med professionelle.
2. Hjernen i borgeren, begavelse, kognition og seks hjerneprincipper, vi er nødt til at have for øje.
3. Hjertet i borgeren. Hvad har haft varighed i borgerens liv, hvad har dét været motiveret af, hvad er af betydning for borgeren, hvad kan og vil borgeren med relationer.
4. Effekt, hvad er det for psykiske, helbredsmæssige, misbrugsmæssige og måske kriminelle handlinger, som kapitel 1, 2 og 3 i samspil har medført i borgerens liv.

BRÜCKNER BOKSEN — ÉN FORM FOR STRUKTURERING

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

DE FIRE KAPITLER — EN ANDEN FORM FOR STRUKTURERING

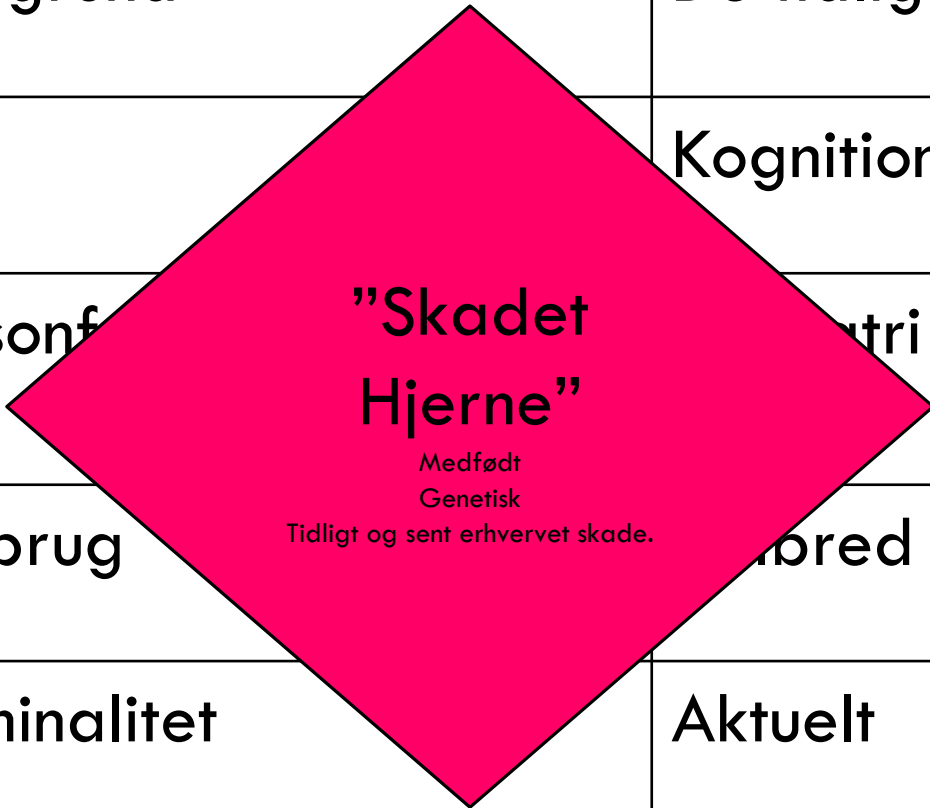
A. Historie?		1. Baggrund	2. De tidlige år
B. Hjerne?		3. IQ	4. Kognition
C. Hjerter?		5. Personfunktion	6. Psykiatri
D. Effekt!		7. Misbrug	8. Helbred
		9. Kriminalitet	10. Aktuelt

BRÜCKNER BOKSEN, HIERARKISK

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

DE HAR FÅET SAMME STØRRELSE I BOKSEN
MEN HAR IKKE SAMME VÆGTNING I FORSTÅELSE AF MENNESKET OG RISIKOVURDERING
HER ER DET MEST BETYDENDE MARKERET MED RØD.

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personf	Emotri
Misbrug	Arbød
Kriminalitet	Aktuelt



"Skadet Hjerne"
Medfødt
Genetisk
Tidligt og sent erhvervet skade.



BOKSEN I DEN TVÆRFAGLIGE HVERDAG MED FÅ EKSPERTER I NÆRHEDEN

ØVELSE 1

Hvorfor råber Martin i døren?

HVORFOR RÅBER MARTIN I DØREN?

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

"MARTIN RÅBER I DØREN".

Baggrund Gør de mon sådan hjemme hos hans forældre? "Jeg knepper din mor", eneste "hallo" han har lært? Hans erfaringer med "institutioner", professionelle. RÅB	De tidlige år Omsorgssvigtende er ofte selvomsorgssvigtende. Dagen er kaotisk, han er kaotisk. Stilhed skræmmer ham. Nærhed skræmmer ham, derfor står han i døren.
IQ Han er for dårligt begavet til at forstå, at ikke alle råb er hensigtsmæssige. Han samler ikke på erfaringer.	Kognition Han kan ikke se / fornemme, hvad råb gør ved andre. Han kan ikke vurdere at situationen ikke er til råb
Personfunktion Han råber for at skræmme. Han ved, at han ved at intimider og sætte dagsorden, kan få det som han vil have det.	Psykiatri Det er ånderne han råber til og han er mere bange end du er. Han er så stresset eller hjernetræt, at hans kognition "sætter ud".
Misbrug Han er høj / skæv, og derfor ligeglad med hvem han "rammer" med sit råben....	Helbred Han kan ikke høre og har glemt sine høreapparater. Han er hjerneskadet, kan ikke justere sit råb.
Kriminalitet Han afleder fra, at hans kammerater er ved at tømme kontoret ved siden af for computere.	Aktuelt Spørg ham, hvorfor han råber. Ikke ofte, at han kan svare relevant. Eller han giver svar, som han råber til.



Ting med mennesker tager tid

HVAD HAR I OVERHOVEDET ADGANG TIL AF INFORMATIONER?

Er det fyldestgørende?

Har I egentlig brug for mere?

For og imod flere informationer?

Indsamler I dem systematisk?

Får I dem systematisk arkiveret?

Får I den overleveret?

LIVSFORLØB

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

- **Borgerens livsforløb**
- **Hvad har virket og hvad har ikke virket? Fra medicin til rammer.**
- Livslinje
 - professionelle rammer og indsats?
 - særligt sårbare perioder?

VÆSENTLIGSTE SPØRGSMÅL OVER LIV

Hvad har virket?

ØVELSE - 2

Er de muligt at få indtryk af:

Hvad har virket?

Efter hvilke parametre, mener man "virket"?

Hvad er succes-kriterier?

Hvornår har der været mindst misbrug?

Kan man få mere af "dét"?

BAGGRUND

Baggrund Æg og sædcelle mødes, men hvad er de af? Hvad har de med?	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

- **Hvad ved man om familien og pårørende**
- Går ofte to generationer tilbage for at få indtryk af nedarvede mønstre og problemer.
- Hvor veluddannede er de?
 - Forældre og søskende
- Skal kulturel baggrund tænkes ind?
- Hvad er vigtigt for Jer af baggrundoplysninger?

HVAD ER DET FOR EN HJERNE?

Baggrund	De tidlige år FØR FØDSEL
	UNDER FØDSEL
	EFTER FØDSEL
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Genpotentiale (hvad har de med?)

Graviditet

Skadet under fødsel?

Tidlige udvikling

HJERNEN DANNES

Hjernen tændes ikke, som ved et tryk på en knap.

Den skabes fra det sekund, vi undfanges i en kompleks opbygning af netværk bestående af 100 milliarder neuroner og 10 trillioner gliaceller (støtte-celler).

Disse celler organiseres, flytter sig, forbinder sig og specialiserer sig i takt med at den ufødte og siden den nyfødte erfarer verden. Fostret får 20.000 nye celler dannet i sekundet, det voksne menneske får 200 pr. dag.

Bruce Perry

GRAVIDITET

Æg og sædcelle mødes.

Var det planlagt?

Er det et kemisk rent miljø (ingen alkohol, stoffer eller medicin m.m.)?

Er det et følelsesmæssigt rart miljø – eksternt (ingen tæsk, ingen stress)

Er det et følelsesmæssigt rart miljø – internt (ingen depression/ensomhed og lignende)?

Kunne de teknisk sammen, de to (ingen kromosomfejl)?

FØDSEL

Til tiden? (hvis ikke, hvorfor ikke)

Stor nok?

Illt nok?

Tydelige skader, udtalte bekymringer

Kejsersnit, kop, sad længe før kom ud

SENSORISK OG MOTORISK UDVIKLING

Sove

Spise

Kontakt

Græde – trøstes

Holde hoved

Sidde

Kravle

Gå

Tale

Sensorisk intakt (Se og høre? Holde tøj ud?)

Sygdomme, indlæggelser, bevidstløshed (slået hovedet?)

DE FØRSTE 1.000 DAGE

Indenfor de første 1.000 dage får barnet opbygget det stillads af personlige, følelsesmæssige og kognitive kompetencer, som er afgørende for, hvordan det klarer sig senere i livet.

- Egmontfonden, december 2016

BUNDKORTET?

Baggrund	De tidlige år
	Før fødsel
	Under fødsel
	De første 1.000 dage
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

HJERNER SKABER HJERNER

"Human beings are relational creatures".

Jo mere et system er aktiveret, des mere vil systemet forandre sig for at reflektere det "mønster", der skal læres. Det er basis for udvikling, hukommelse og læring. Det aktiveres af og i samspil med primære omsorgsgivere.

Vi nødt til at overveje, hvilke mønstre vores borgers spæde hjerne er blevet præsenteret for, da det er meget stærke mønstre i neuron-netværket hos barnet, der grundlægges i de tidligste og mest sårbare år.

Der er særlige "kritiske perioder" eller "windows of opportunities", hvor bestemte ting helst skal ske, eller helst ikke skal ske.

Bruce Perry og Susan Hart

I DET NORMALE FORLØB

En almindeligt fungerende mor vil

Skabe et stabilt indfølende og korrekt aflæsende miljø for barnet

Give relevante tilbagemeldinger på dets udbrud (tolke gråd, sult, søvnighed, vrede, glæde osv. korrekt)

Søge at få dets opmærksomhed (iPads er en vidunderlig opfindelse)

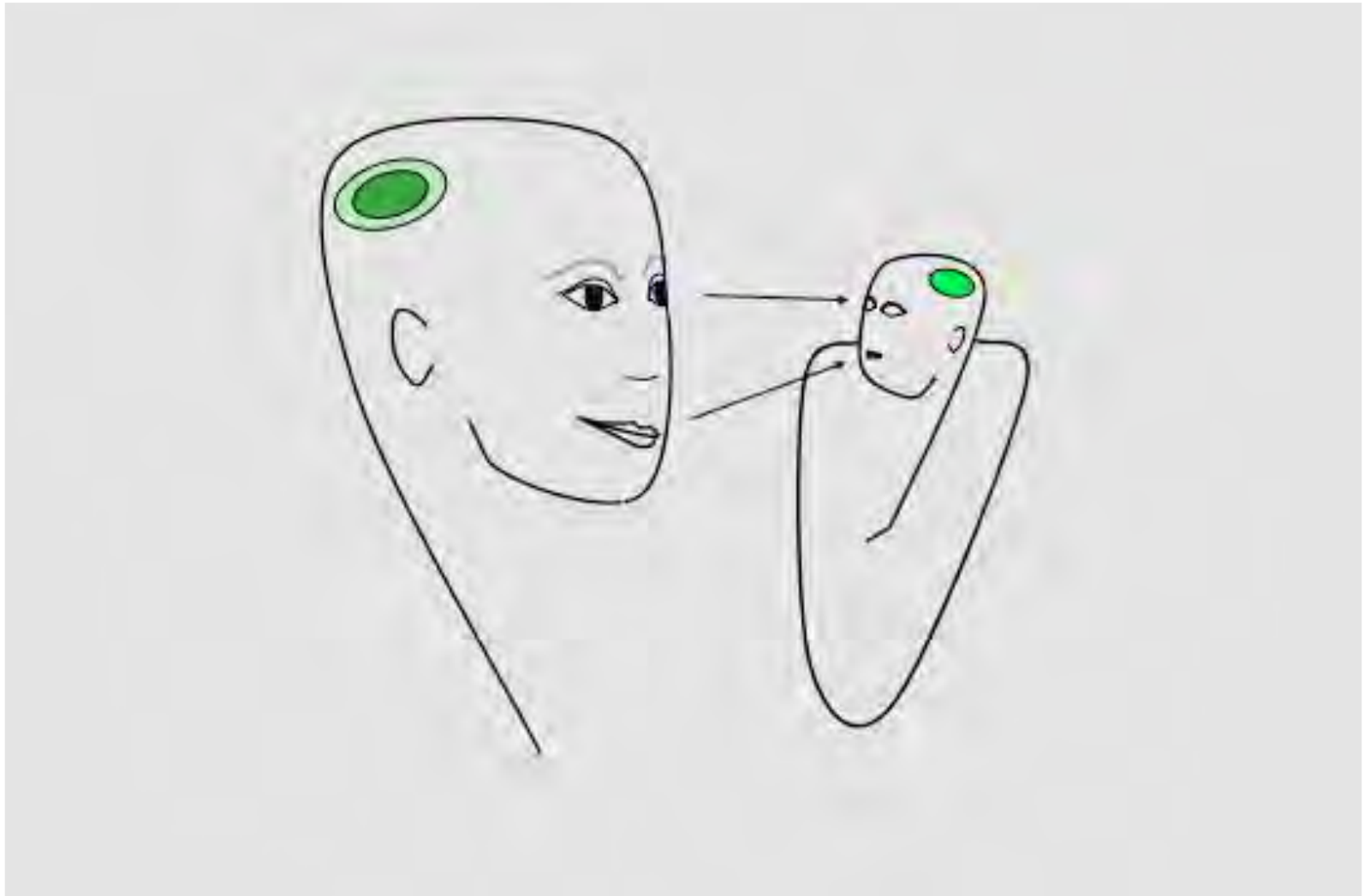
Lege med det

Holde om det

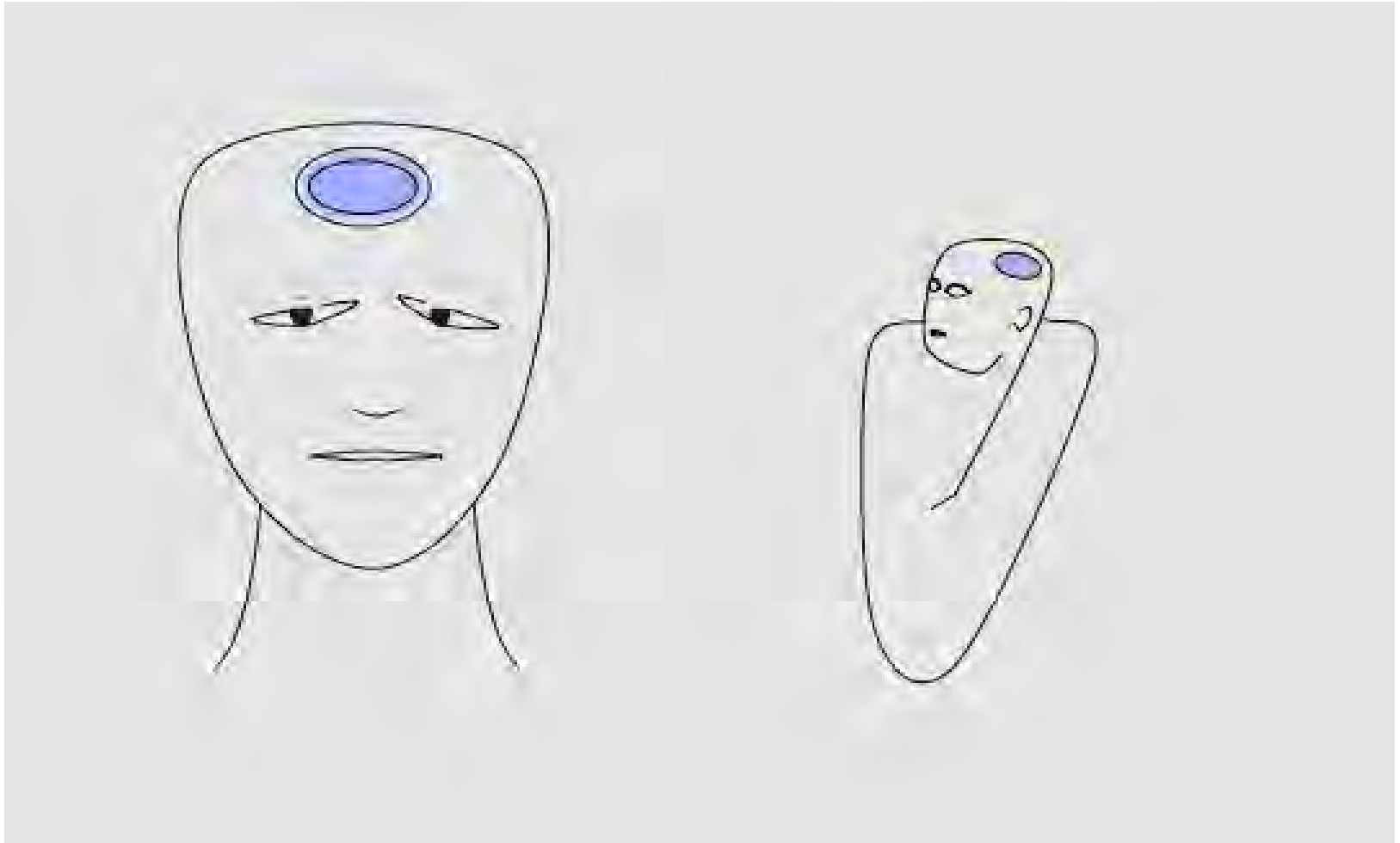
Tale med det

Berolige det

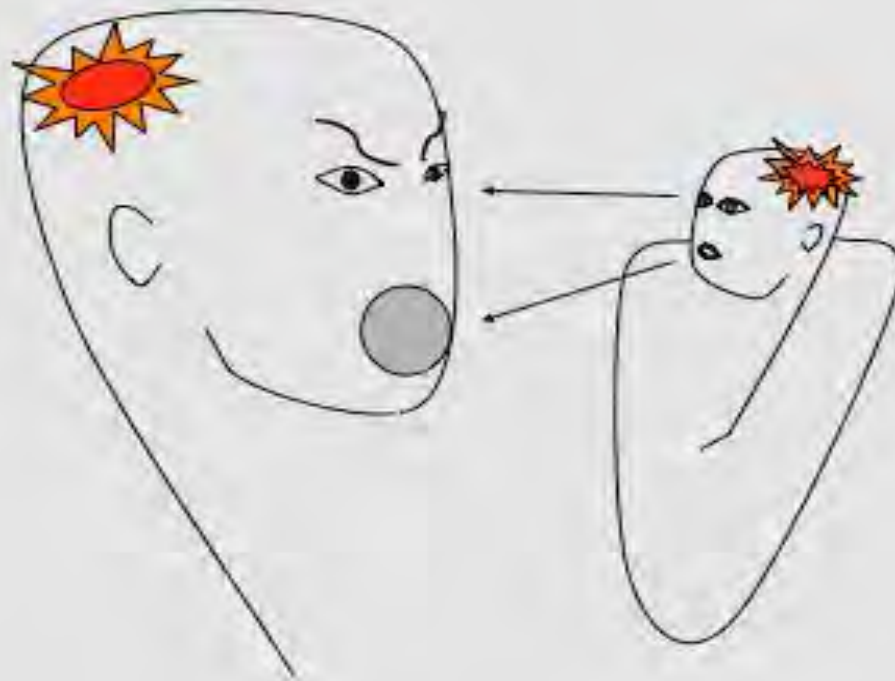
DEN GENNEMSNITTLIGE MOR



DEN DEPRIMEREDE, FOR BELASTEDE MOR



DEN UFORUDSIGELIG, AGGRESSIVE MOR



DERVED LÆRER BARNET:

At have øjenkontakt

At have social kontakt

At mærke sig selv

At aflæse sig selv korrekt

At aflæse den anden korrekt

Mentalisering, se sig selv udefra og den anden "indefra"

Følelsesmæssig og erkendelsesmæssig proportionssans

Skelne mellem fantasi og virkelighed

Opfatte nuancer og blandede følelser

Tryghed og empati

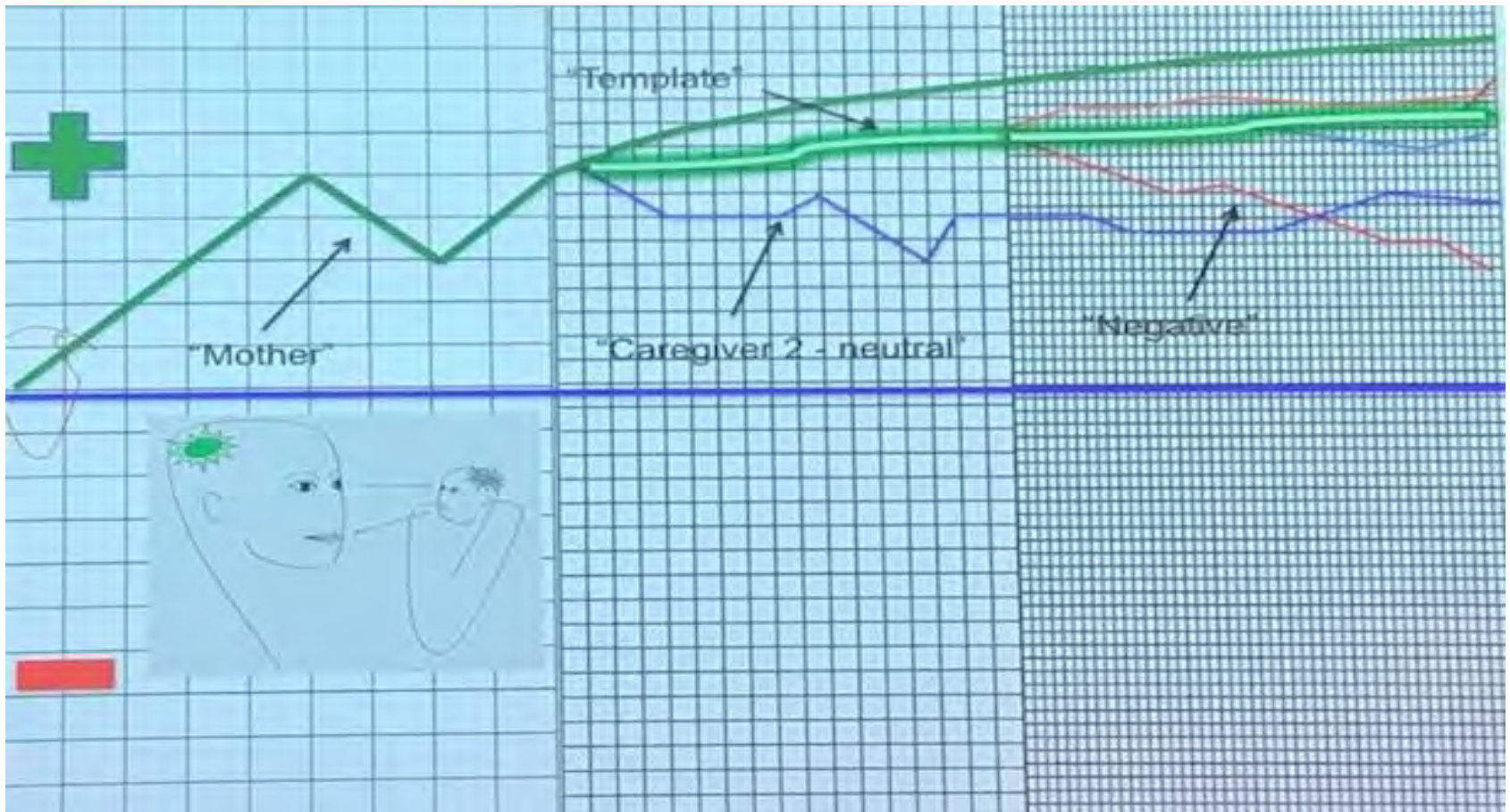
At koncentrere sig om noget/andre mennesker i længere tid (ADHD)

Følelsesmæssig binding til andre

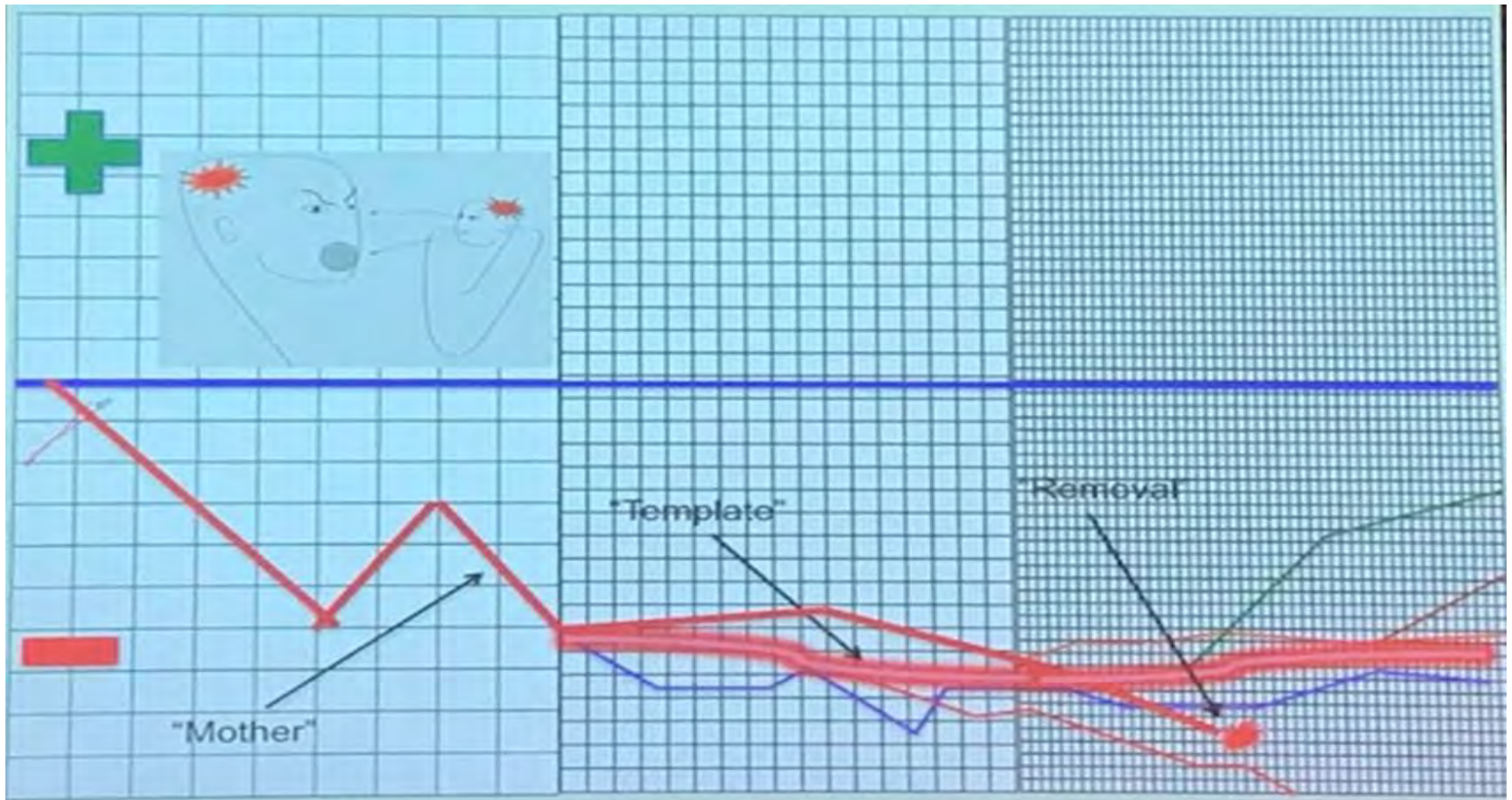
At stole på andre

At andre kan løse problemer/opfylde behov

FORVENTNINGERNES NEUROBIOLOGI



FORVENTNINGERNES NEUROBIOLOGI







Barndommen varer i generationer

Man kan ikke give mere end man har fået.....

Man kan ikke give mere end man har kunnet modtage....

Du møder 100 år.

Her har man lært, hvad nærhed kan give.

IQ – OG HVOR SKÆV ER DEN?

Baggrund	De tidlige år
IQ Vi snydes af deres ord	Kognition
Personlighed	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

- **Er IQ påvist ved psykolog?**
- Er IQ-profilen meget skæv?
- Hvad siger dagligdagen?
- Hvilke mål har I uden testning?
 - Familiens IQ
 - Skolegang
 - Uddannelsesforsøg
 - Erhvervstilknytninger
 - Interesser/hobbies
- Ved mange ord overvurderes IQ
- Ved anden etnisk herkomst kan IQ måske let undervurderes.

DE TALER, SOM DE HAR HAFT RELATIONER / SKYDESPIL TIL

Man kan sige sætninger, man ikke selv kan forstå.

Man kan sige sætninger, som man ikke selv kan vurdere rækkevidden af.

Man kan sige sætninger, som man ikke aner (eller ikke er interesseret i), hvordan den anden modtager.

Man kan sige glimrende sætninger, men være ude af stand til at forvalte sin "glimren" med sit eksisterende kognitive "udstyr".

Man kan have **høj** IQ, og være ude af stand til at klare sig selv.

Man kan have **lav** IQ, og være godt rustet til at klare sig, når bare.....

- Hvor kommer sætningerne fra?
- Hvem er de rettet imod?
- Hvad er de baseret på?
- Hvad plejer de at opnå?

Tag dem på ordet, og tag dem ikke på ordet. Pas på med at tro, at du forstår, hvad de mener. Bliv ved til Kierkegaard er tilfreds.



KOGNITION

?

KOGNITION – OG HVOR VARM ER DEN?

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition (kan testes) kold
	varm
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Hvad er kognition?

Vågenhed/arousal/energi (for lidt/for meget)

Sansning/integration

Tempo

Spændvidde

Koncentration/opmærksomhed

Indlæring verbalt/visuelt

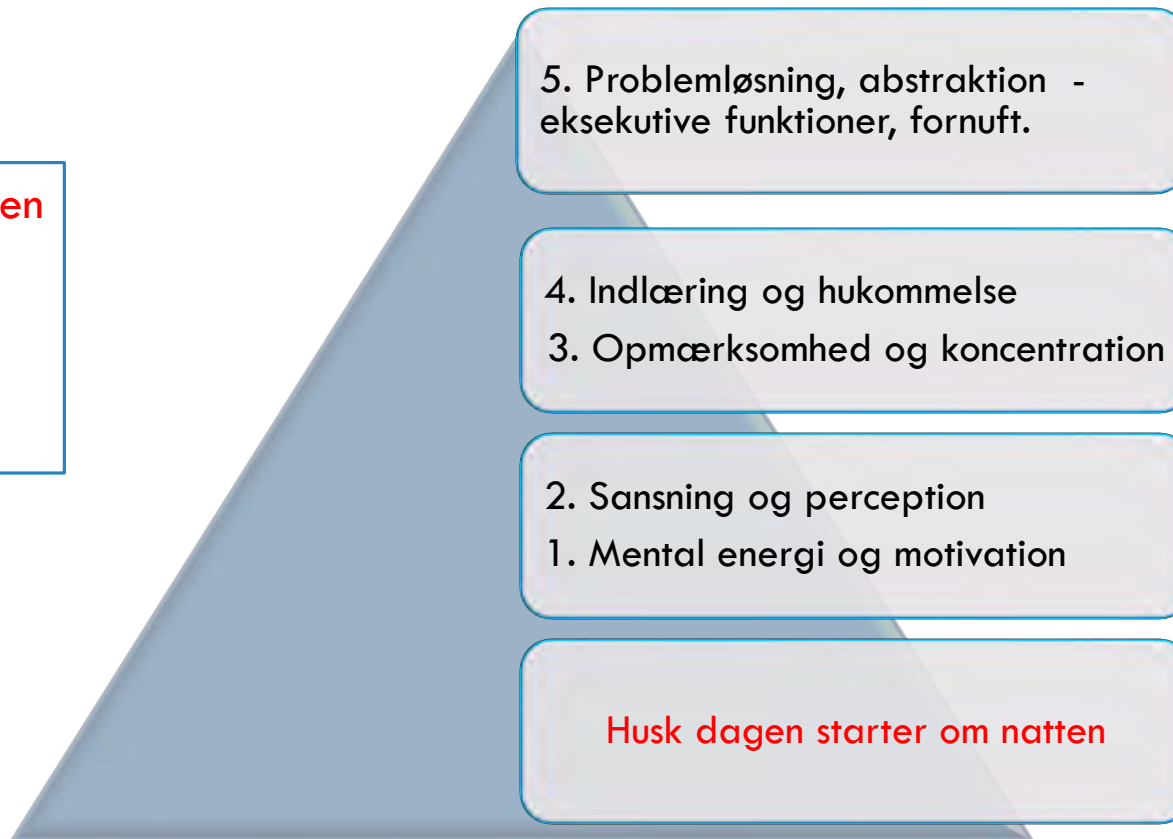
Hukommelse verbalt/visuelt

Eksekutivt, frontalt eller
”direktøren”

DEN KOGNITIVE PYRAMIDE

- HVAD LAVER BORGEREN OM NATTEN?

Og natten
starter
dagen
før...



"KOLDE" OG "VARME" KOGNITIONER

Kolde (dorsolaterale)

- "Ikke affektiv tænkning", tempo, koncentration, indlæring, arbejdshukommelse, vedvarende opmærksomhed og organiserende, strategisk planlægning, målsætning og opfølgning samt kognitiv fleksibilitet/evne til omstilling.

Varme (orbitofrontale)

- "Affektpræget tænkning"; omfatter impulsivitet, respons hæmning, følelsesmæssig regulering, empatisk tænkning og moralsk dømmekraft, mentaliseringsformåen, konsekvensberegning, risikovurdering, selvurdering, social aflæsning og timing samt evne til at "mærke" skam og skyld. **Der findes ingen ordentlige tests på området, måske fordi det er for komplekst til at sætte på tal?**

PERSONFUNKTION

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Et svært felt, som ofte får tillagt megen betydning, men....

ØVELSE - 3

Fortæl din sidemand, hvad du tror andre vil sige om dig, hvis de skal beskrive dig som person.

PERSONLIGHED

Få faggrupper er gode til at beskrive dette felt.

Men de er ofte den del af opgaven med borgeren, vi tager med hjem.

Det er den del af borgeren, der provokerer til følelser, som vi ikke får løn for, som vi kan risikere en fyring på eller at udbrænde i.

Det er den del af borgeren, der fraset faktiske fysiske angreb giver flest sygemeldinger hos personale.

Det er "snigeren", der kan liste sig ind på os i arbejdslivet, der gør os mørke, måske kyniske, og selv misbrugende.

Det er den del af os selv, der har været medvirkende til at vi har valgt netop dette arbejde og faktisk er gode til det?

HJERNEN I PERSONEN

Uanset hjernens formåen eller skader er der altid en person der forvalter den.

Personen er produkt af gener og kemi, tidlige og senere oplevelser.

Personligheden rummer i sig selv evne til stærk påvirkning af kognition.

Hjerneskadet forandrer personligheden, formindsker eller forstørrelser ofte uhensigtsmæssige præmorbide personlighedstræk.

HVAD UDVIKLER PERSONLIGHEDEN?

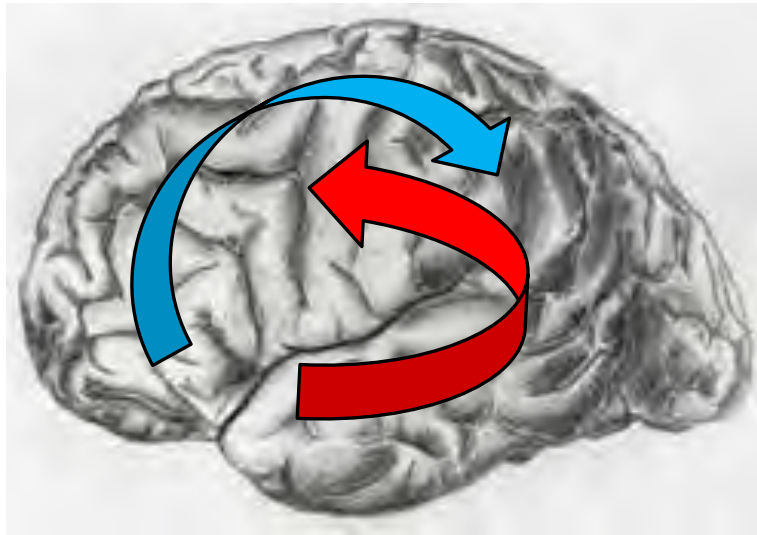
Der er nødt til at være godt hjernegrundlag, som den kan have sæde i! Personligheden er vel det mest komplekse der findes under solen (så vidt vi ved).

Der er nødt til at have været nogle ordentlige frontallapper, der har ført den ind i livet og støttet relevant under dens udvikling.

Fuldgod krop og (benyttet) sanseapparat bidrager til udvikling af moden personfunktion.



SKAL OG BØR "BANER" → LYST "BANER" →



Hvem har etableret den blå, hvade de selv en?
Er "skal og bør" som samfundets?

ØVELSE - 4

Hvem har virket? Et ofte noget provokerende spørgsmål, fordi der her kommer fokus på de professionelles samspil med borgeren og hvem der faktisk kan noget med borgeren. Resonans og dissonansbegreber i spil.

RESONANS — RELATION FØR METODE

”Resonans” kan være set som tabu i den professionelle relation, men det er jo et menneskeligt vilkår, at der er nogen, vi svinger bedre med end andre.

Det kan være et narrativ blandt professionelle, at man skal kunne rumme alle borgere. At man fejler som professionel, hvis man ikke evner at skabe resonans med en borger.

Hvordan tildeler I kontaktpersoner/SKP/hjemmevejleder m.fl.

”Samarbejdsaftale” – er det muligt?

”Er der en i personalegruppen, du samarbejder særligt godt med?”

MEN DISSONANS KAN BLOKERE FOR KOMMUNIKATION OG SKABE FARLIGE SITUATIONER

Moderne risikovurdering - risikovurder miljøet, ikke så meget borgeren (kognificering....).

Husk de svenske sygeplejersker. Husk Martins rå i døren.

Husk Jeres borgere samler ikke ofte på erfaringer.

Jeres borgere rider gamle dæmoner. De gør, som de plejer, og "leger far, mor og børn".

"Det er med vilje og borgeren har kontrol over sin adfærd" – not.

HVOR DET ER MULIGT: VI ER NØDT TIL AT LÆRE AF HINANDEN

Vi kan knapt skjule vore antipatier, mange borgere kan slet ikke, og kan man egentlig forvente det af de svageste af dem?

”Kemi” eller resonans er helt afgørende.

Folk gør det de plejer – markante ændringer skal fortolkes.

DE TO MEST CENTRALE REDSKABER

Samtalen

Relationen

Men hvad gør vi, når borgeren ikke magter, hverken det ene eller det andet? Ikke kan erfaringsopsamle og forklare sig relevant om ønsker og behov.

Så bliver det op til vores systematisering af observationer og dataindsamling at danne mening og etablere afsæt for indsats.

BRÜCKNER BOKSEN – HVOR GÅR VI HEN?

Baggrund	De tidlige år Rigtig skidt start/ tidligt skadet hjerne.
IQ	Kognition
Personfunktion Virkelig ringe barndom og tidlig ungdom.	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt



0-3 år
Tilknytnings-
forstyrrelse?



3- år (?)
Personligheds-
forstyrrelse?



ETABLER DEN OPTIMALE AFSTAND

BRUCE PERRY —

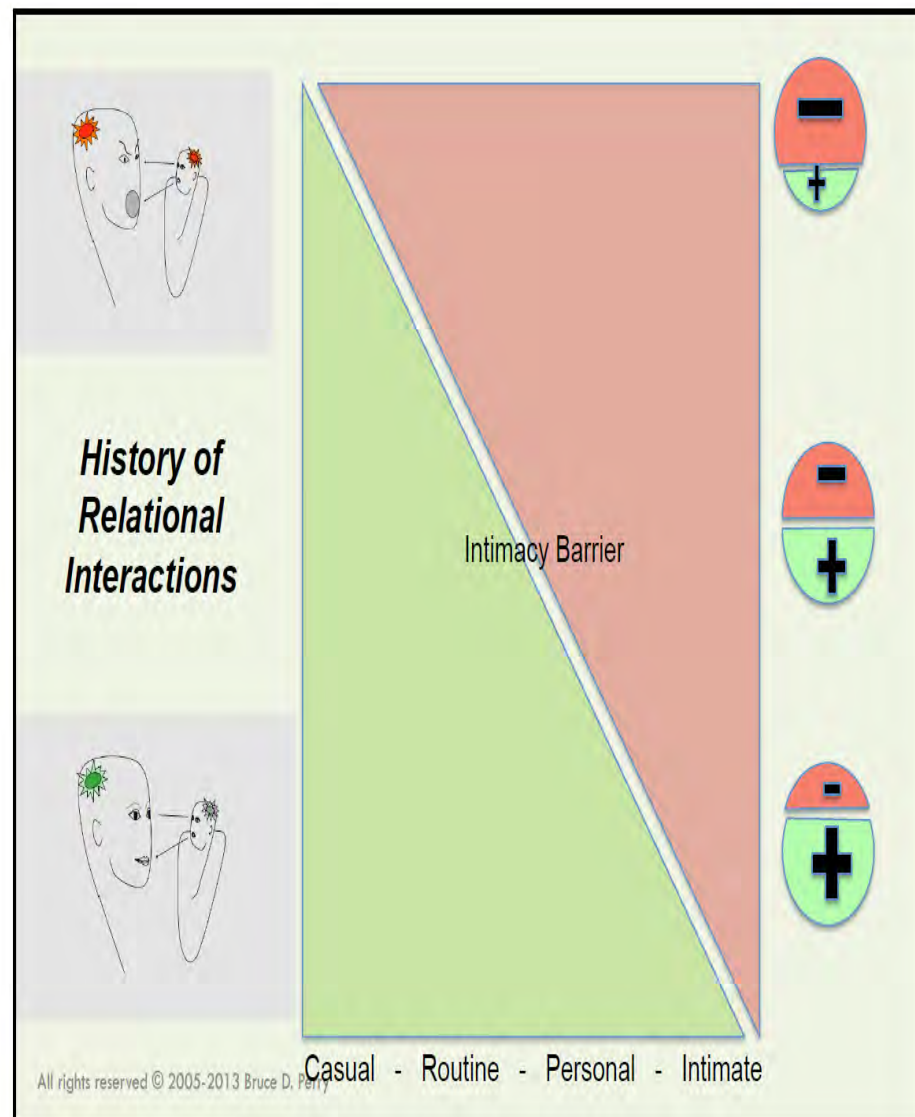
INTIMITETS-BARRIERER

Casual – afslappet/neutral aktivitet

Routine – kendt aktivitet, lavet mange gange før

Personal – personlig og til en vis grad følelsesinvolverende, man skal give noget af sig selv.

Intimate – intimt, nært, varmt, dybt personligt



KONTAKTEVNE OG KONTAKTLYST

Hvor megen kontakt-evne har borgeren?

- Har de med hjemmefra?
- Har de nogensinde udvist?
- Hvad består kontakten i?

Hvor megen kontakt-lyst har borgeren?

Har de nogensinde været **alene** / lært at være **alene**?

PSYKIATRI?

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Husk

**Svage og ødelagte hjerners
psykiatri og medicinering er
anderledes....**

ORGANISERET SÅDAN AF EN GRUND

— NOGEN HAR TÆNKT (MEN TÆNKT OM VED ICD-11)

F0 - Organiske psykiske lidelser, dvs. lidelser eller tilstande, der skyldes beskadigelse eller sygdom, der påvirker hjernens funktion.

F1 - Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande.

F2 - Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizo-affektive sindslidelser.

F3 - Affektive sindslidelser (mani - depression).

F4 - Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser.

F5 - Adfærdscændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser).

F6 - Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.

F7 - Mental retardering

F8 - Psykiske udviklingsforstyrrelser (herunder autisme).

F9 - Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst.

DIAGNOSER FORLØSER?

- Hvad kan vi bruge dem til ?
 - Viden
 - Forståelse
 - Målretning af indsats / ikke blande (for meget)
 - Udløse ressourcer
- Hvad kan vi ikke bruge dem til?
 - Specifik indsats over for den enkelte borger
- Hvis vi ved hvad de fejler, så ved vi også, hvilken indsats der skal til.
- Mere magi...

HELBRED – OG DAGLIG LIVSFØRELSE

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred - og hverdag
Kriminalitet	Aktuelt

Man er nødt til at have styr på dette område før andet kan forventes bedret eller gennemført.

Men man er i høj grad nødt til at forstå, hvad det er borgeren forstår og ikke forstår!

Her kendte hjerneskader noteres og ”foldes ud”.

FYSIK OG HJERNE, FUNKTION HVERDAGSVEDLIGEHOOLD

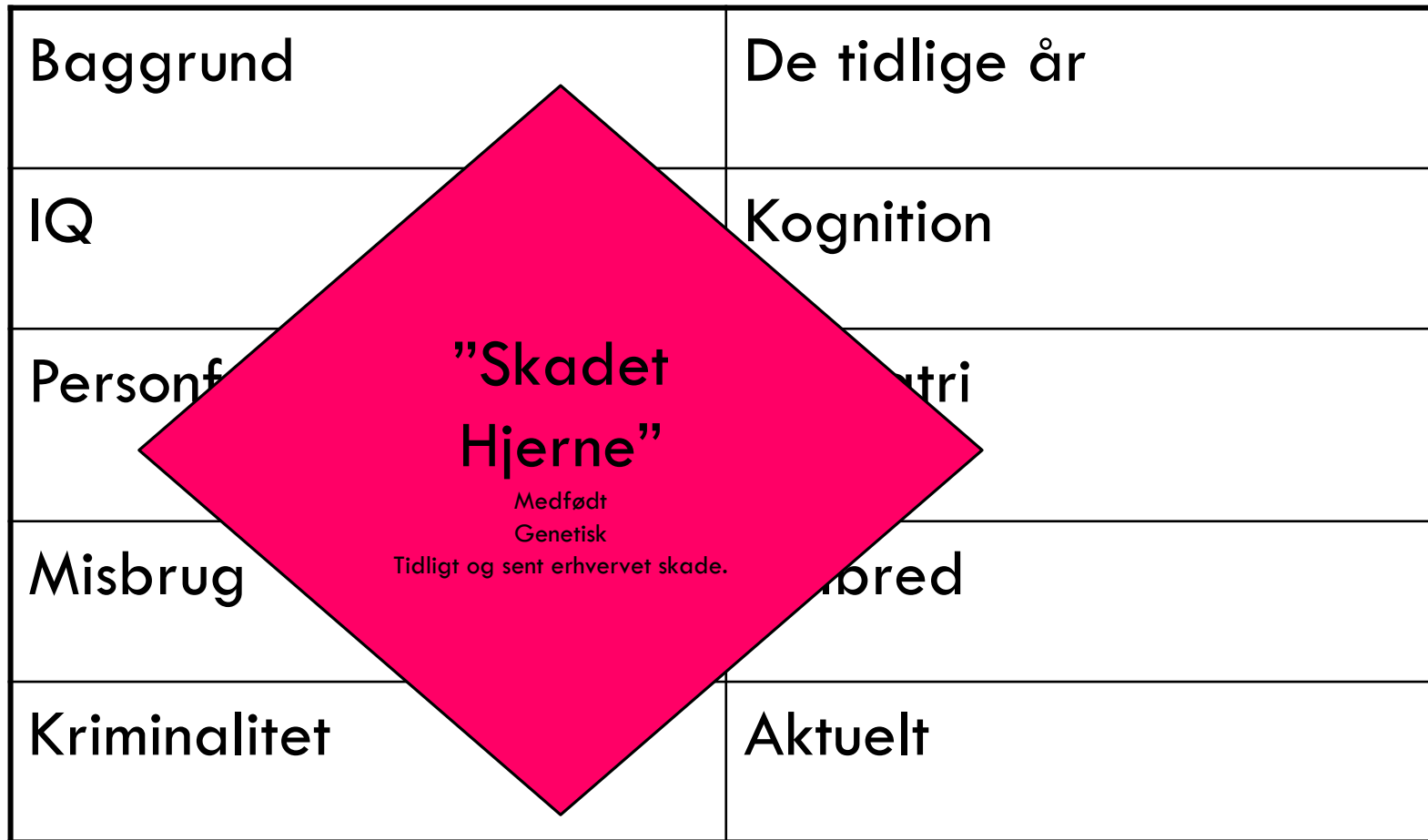
Tegn på "fejl" ved kroppen

- Lav egenhygiejne
- Lav tandhygiejne
- Meget tynd
- Meget tyk
- Omsorgssvigtede er selvomsorgssvigtende
- Andet?

Tegn på "fejl" ved hjernen

- Lammelse
- Sanseudfald
- Feberkramper i de tidlige år
- Absencer som barn
- Epilepsi – tidligt som sent
- Andet?

DE HAR FÅET SAMME STØRRELSE I BOKSEN
MEN HAR IKKE SAMME VÆGTNING I FORSTÅELSE AF MENNESKET OG FUNKTIONSVURDERING



MISBRUG

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Man er nødt til at have styr på dette område før andet kan forventes bedret eller gennemført.

STOFGRUPPER (SET VED DANNY REVING)

Sløvende/downers	Smerte, nerve, sovemedicin	Stimulerende/upper	Psykedelika
Alkohol Cannabis Syntetisk cannabis Heroin/opium GHB/GBL	Morfika Benzodiazepiner Pregabalin Gabapentin Ketamin Lattergas	Kokain Amfetamin Methamfetamin MDMA Khat Mephedron Methylphenidat	MDMA LSD Psilocybin Meskalin 2-CB

STOFGRUPPER

(REDIGERET IFT. PSYKOLOGISK VIRKNING)

Sløvende/downers Dulme/dæmpe		Stimulerende/uppers Fremme forstørre	Psykedelika
Alkohol Cannabis Syntetisk cannabis Heroin/opium GHB/GBL Hvad med lim og lightergas?	Morfika Benzodiazepiner Pregabalin Gabapentin Ketamin Lattergas (?)	Alkohol (til et vist punkt) Hash (til et vist punkt) Kokain Amfetamin Methamfetamin MDMA Khat (?) Mephedron Methylphenidat	MDMA LSD Psilocybin Meskalin 2-CB

HVORFOR – PSYKOLOGISK SET?

Dulme-dæmpe eller fremme-forstørre.

Findes det som misbruget erstatter, i virkeligheden?

- Er der erstatning for et "superjeg" uden fejl?
- Er det erstatning for et liv helt uden smerte og "mærkning"?
- Er det erstatning for den stoffyldte livmoder?
- Er det bare som den kaotiske opvækst?
- Keder de sig?
- Har de nogensinde erfaret affektforvaltning?

Hvad som helst, bare det virker - ikke engang relation til sit "stof". Er livet steget ned i dem? Har de egentlig selvopholdelsesdrift?

Ikke en undskyldning, ikke en ansvarsflugt, men syndsforladelse

- de er bare mennesker.

DET ER SELVMEDICINERING!

For hvad?

Pas på med ordet "selvmedicinering".

Det er ofte kun en af flere forklaringer eller ingen forklaring på misbruget. Det er ikke alle misbrugere der er forpinte, nogen keder sig, har svært ved at finde på andet, har aldrig prøvet andet, eller har dårlige vaner. Det har en tilladende klang!

Jeg vil høre det forpinte!

HVORDAN?

Debut, af meget stor betydning

Forbrugsmønstre – sammen – alene, hvornår?

Er det blot dummer vaner og dumme venner?

Er borgeren for lavt begavet til at kunne finde ud af andet – så er det måske nemmere at hjælpe ham.

DET KAN VÆRE ET FORANDRINGSØNSKE

Hvad vil de gerne væk fra?

Hvad er det misbrugerene ikke selv kan?

KRIMINALITET

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Hvad siger kriminaliteten om IQ og kognition?

Hvad siger kriminaliteten om Personfunktion og empati?

HVAD HVAD HVAD er det den kriminelle gør, når de er kriminelle?

Hvad er kriminaliteten tilknyttet/i hvilke sammenhænge opstår den?

Hvornår startede den?

Hvad har kunnet forhindre/forstærke den?

AKTUELT

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

ØVELSE - 5

Hvad er din opgave?

Simpelt spørgsmål.

Svært at svare på? Så har du et problem!

Et spørgsmål der kan være kilde til vrede, primitive forsvarsmekanismer og selvransagelse, hvor livsindstilling og menneskesyn sættes på prøve.

Des mere løst eller åbent det er defineret, des mere professionelt er man nødt til at gå til opgaven.

AKTUELT - INTERVENTIONER

Baggrund	De tidlige år
IQ	Kognition
Personfunktion	Psykiatri
Misbrug	Helbred
Kriminalitet	Aktuelt

Dine rammer rummer dine mulighederne for at nå borgeren.

Realisme

- Om borgeren

Realisme

- Om tilbuddet og mulighederne

Realisme

- Hvad du selv kan magte

INTERVENTION KRÆVER FOR DENNE
GRUPPE (MÅSKE FOR ALLE GRUPPER?)

Hjerneviden - i praksis.

HJERNEVIDEN ER NEUROPÆDAGOGISKE PRINCIPPER

De sidste vi skal i dag er min erfaring fra 25 år som psykolog for professionelle,

- der har sind på sinde.

Hvordan "manipulerer" vi med bevidsten den optimale tilstand tilgængelig.

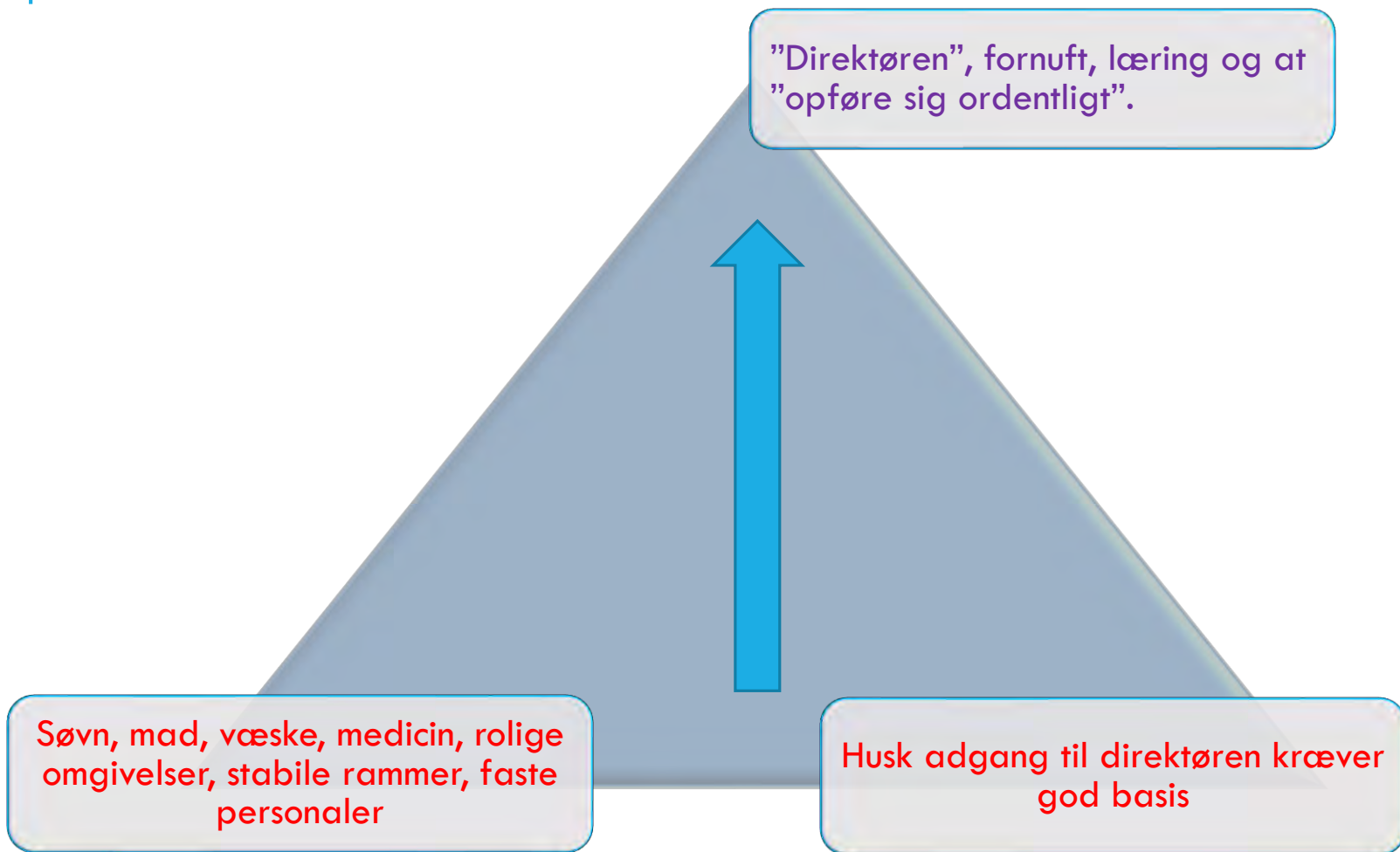
Hvornår og ved hvem er borgeren mest tilgængelig.



Vi har ved alle møder brug
for at direktøren er
maksimalt tilstede
(og Kierkegaard er i hånd).

Hvordan sikrer vi det?

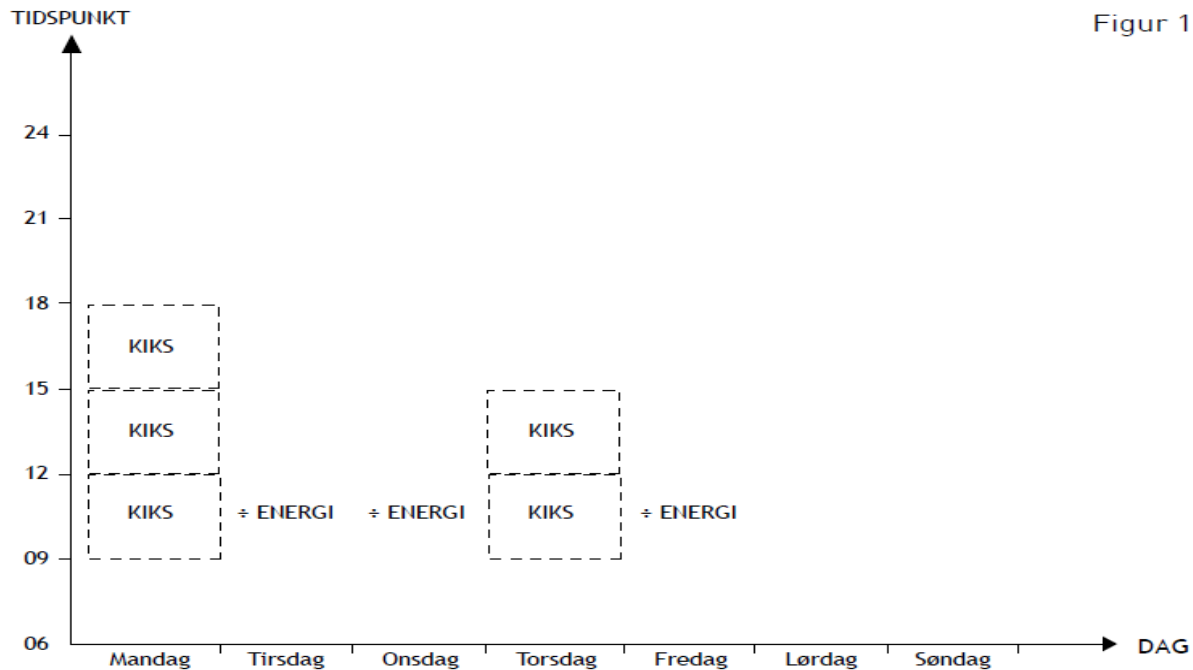
DIREKTØRENS GRUNDLAG



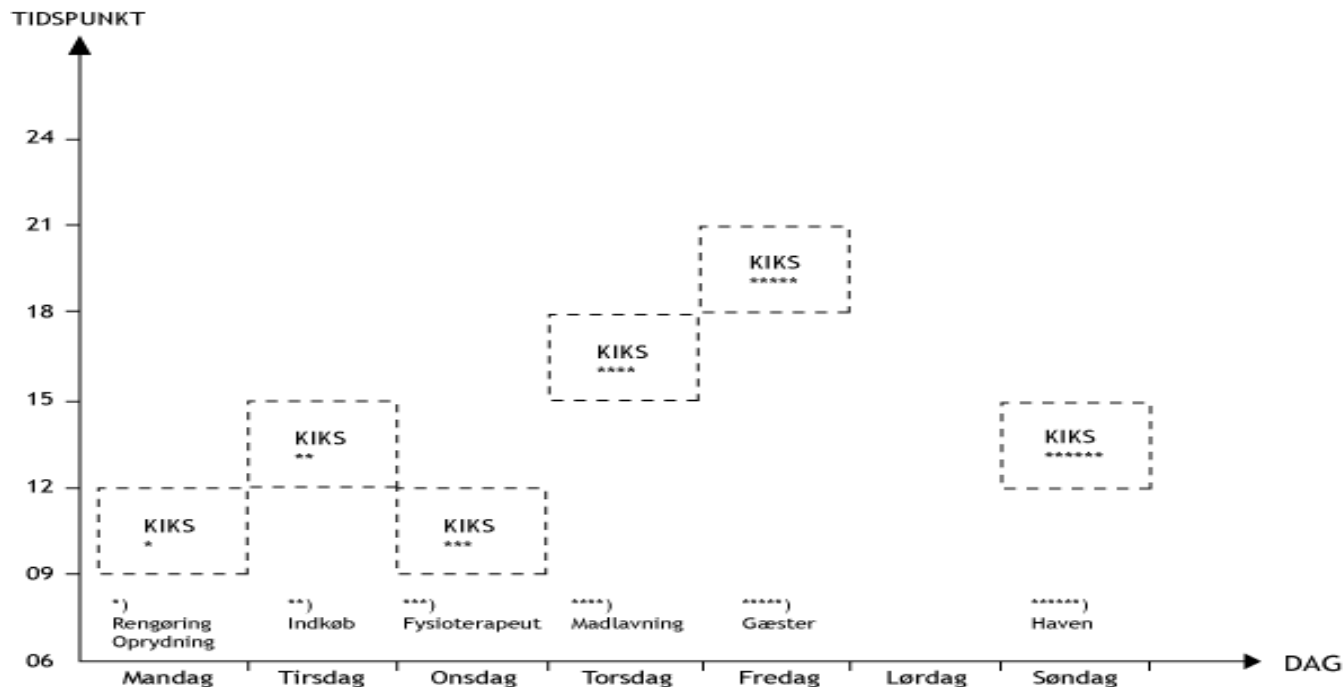
HJERNESTAMMEPRINCIPPER



TRÆTHED/ENERGIKIKS – VED SÅRBARE HJERNER,: FORVALTES ENERGIEN RELEVANT, OG TAGES DE FORNØDNE HENSYN?



MÅSKE SKAL DER SPARES SAMMEN OG SPREDES UD. MÅSKE ER
OGSÅ MENTALT OVERFORBRUG SKYLD I
VOLDSOMHEDER, SVINGNINGER, SELVSKADENDE ADFÆRD OSV.



TRÆTHED. VIGTIGSTE SLIDE OVERHOVEDET I DAG — NOGENSINDE.

Hvor længe kan borgeren være i gang før der må holdes pause?

Tegn på træthed/mental udkobling?

- De første tegn?
- De sidste tegn?

Hvad tager energi?

Hvad giver energi?

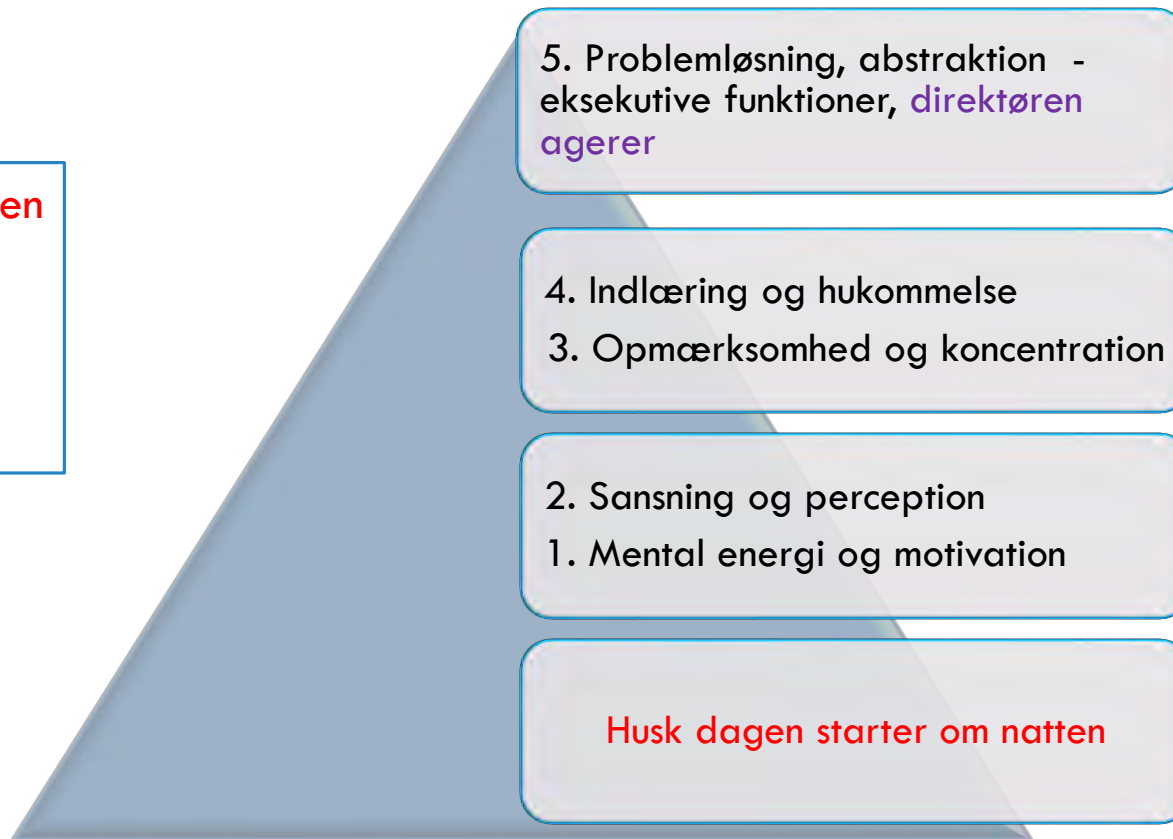
Kan borgeren selv mærke træthed (not!)?

Hvordan kan "batterierne" lades op?

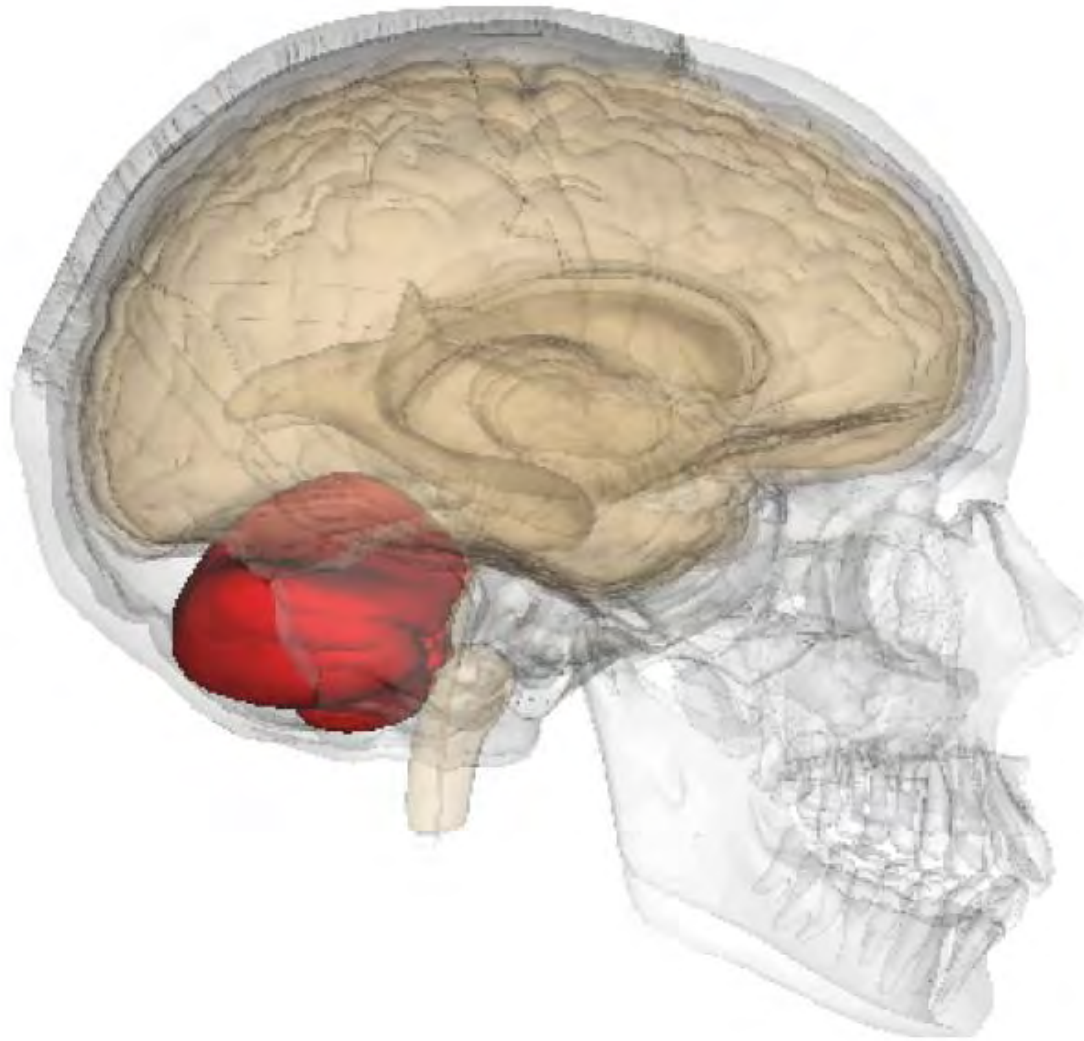
DEN KOGNITIVE PYRAMIDE, DIREKTØRENS GRUNDLAG

- HVAD LAVER BORGEREN OM NATTEN?

Og natten
starter
dagen
før...



LILLEHJERNEPRINCIPPER



LILLEHJERNEPRINCIPPER

Frigør frontallapper/direktøren til de væsentligste opgaver, lad lillehjerne eller andre sørge for:

- Ramme
- Fokushold/retning
- Struktur
- Forudsigelighed
- Ensartethed
- Genkendelighed

Hvad forstyrrer det frontale:

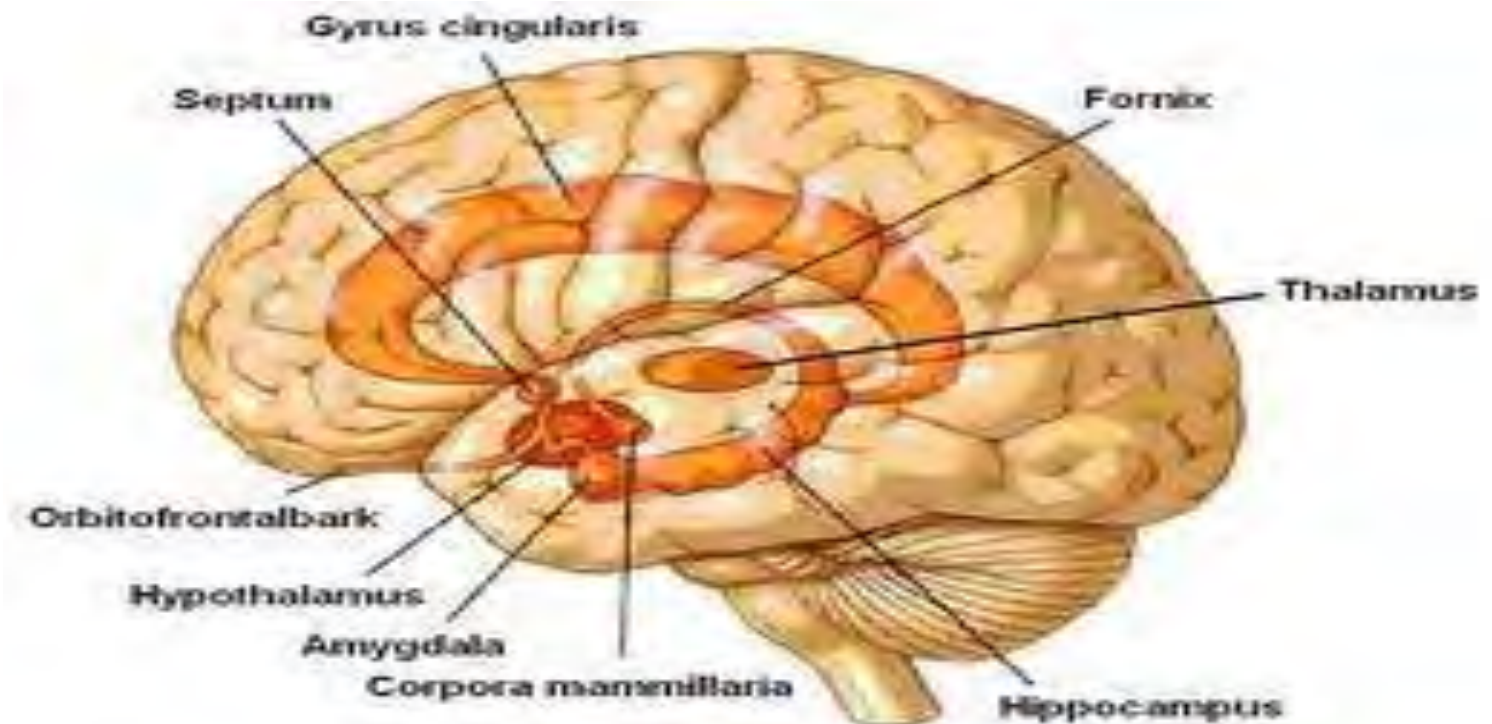
- Omstilling
- Brud
- Nyt
- "Støj" (hvad er "støj" for borgeren?)

TRUSLER MOD INDSATSEN (FRIT EFTER KERNBERG)

1. **Overleve** (ikke meget idé i gode handleplaner, hvis borgeren med sin "indsats" er døende).
2. **Lukke op - dukke op** (ellers kan vi ikke arbejde)
3. **Være i en tilstand, hvor de kan nås mentalt og emotionelt** (hjerne og nærvær)
4. **Motivere en indsats** (er vel der den "hænger")

Vi kan kun noget sammen, hvis vi mødes og forstår "hinanden" (skævt ved den varigt inhabile)

DE LIMBISKE PRINCIPPER



DE LIMBISKE PRINCIPPER I PRAKSIS

Motivation og læring,

Vi husker det, der er af betydning for os

- Negativt
- Positivt

Hvad er af betydning for borgeren

Hvad huskes? (hvad har vi talt om i dag, hvad har vi aftalt?)

Hvornår har borgeren sidst lært noget nyt?

HVAD ER AF BETYDNING?







VENSTRE OG HØJRE

DE TALER, SOM DE HAR HAFT RELATIONER / SKYDESPIL TIL

Man kan sige sætninger, man ikke selv kan forstå.

Man kan sige sætninger, som man ikke selv kan vurdere rækkevidden af.

Man kan sige sætninger, som man ikke aner (eller ikke er interesseret i), hvordan den anden modtager.

Man kan sige glimrende sætninger, men være ude af stand til at forvalte sin "glimren" med sit eksisterende kognitive "udstyr".

Man kan have **høj** IQ, og være ude af stand til at klare sig selv.

Man kan have **lav** IQ, og være godt rustet til at klare sig, når bare.....

- Hvor kommer sætningerne fra?
- Hvem er de rettet imod?
- Hvad er de baseret på?
- Hvad plejer de at opnå?

Tag dem på ordet, og tag dem ikke på ordet. Pas på med at tro, at du forstår, hvad de mener. Bliv ved til Kierkegaard er tilfreds.

HØJRESIDIGE PRINCIPPER

Opmærksomhed mod sig selv (selvindsigt, selv vurdering)

Opmærksomhed mod andre (empati og social aflæsning, "stikke fingeren i jorden", "læse mellem linjerne")

Opmærksomhed mod kroppen (ved hun, at hun har en ryg?)

Opmærksomhed mod rummet omkring sig/egen udtrækning.

Opmærksomhed mod tidens gang (tidsfornemmelse)

Opmærksomhed med synet (finde vej/finde rundt)

Musik

Ansigtsgenkendelse og aflæsning

Personlighed (øvre grænser for modenhed)

Hvis det er svært at sætte ord på, hvad du gør i det sociale felt, er det typisk en højrehemisfære egenskab, du bliver bedt om at beskrive.

HUSK – HVAD HAR borgeren NOGENSINDE KUNNET?

Kan borgeren se det eller forstå det? hvor langt er de med?



FRONTALLAPPER (DIREKTØRENS BOLIG)

Frontallapperne tillader ikke, at der foregår handlinger, uden at de bliver godkendt. Det er op til frontallapperne at godkende eller underkende en impuls. De stiller spørgsmålet:

Er det fornuftigt?

Hvis der er svækkede frontallapper...?

Hvis der aldrig har været en fornuftig frontallap i nærheden, da de blev udbygget...?

FORSKELLIGE RISIKOVÆRKTØJER

Risikotrappen (lysfyr med sort)

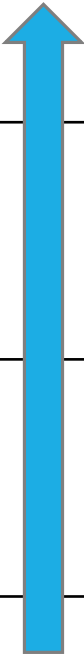
Lav en lortedag

Ressonans - dissonans

Udnyttelse af yndlingspersonale

Se efter succeserne

RISIKOTRAPPEN

Indsats, der kan stoppe turen ned og hjælpe væk fra konfliktniveauer.	Zone	Eksempler på turen ned og hvad der skubber i den forkerte retning.
		

LAV EN LORTEDAG.

Så ved man også, hvad der beskytter borgeren.

I hvor høj grad har du selv indflydelse på hvad der sker?

HVOR DET ER MULIGT: VI ER NØDT TIL AT LÆRE AF HINANDEN

Vi kan knapt skjule vore antipatier, mange borgere kan slet ikke, og kan man egentlig forvente det af de svageste af dem?

”Kemi” eller resonans er helt afgørende.

Folk gør det de plejer – markante ændringer skal fortolkes.

HVORNÅR LYKKEDES DET?

Hun råber hele tiden.

Han kan aldrig være alene.

Hun vil aldrig børste sine tænder.

Han er altid beruset.

HVEM ER INDE I VARMEN?

De kan måske ikke selv fortælle det, men vi kan nemt afgøre favoritterne i en personalegruppen – hvorfor er det så farligt?

1'ere

2'ere

3'ere

- ❖ Kan man blive 3'er, hvis man var 1'er?
- ❖ Endnu mere interessant, kan man blive 1'er, hvis man var 3'er?
- ❖ Hvad er det 1'erne kan?
- ❖ Hvad er det 1'erne gør?

Kan være, de blot har særlig dyb morstemme?

Kan være, de blot også kan lide Hansi Hinterseer



DET SKAL HUN.....

MEN HVORFOR SKAL HUN DET?
HVA ERFAKTER MAN VED "X" HERUNDER –
"X" = POSITIVE KONTAKTER?

* = FASTE KP

Personale	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Maibrit	X					X	
Kurt							
Peter*							
Janne	X	X	X	X	X		
Karen	X						
Dorte*	X					X	
Benthe							
Ulla	X		X	X		X	X

TAK!

louise@bruckner.dk

www.bruckner.dk



www.facebook.com/brucknerpraksis

Følg linket her og se, hvad jeg laver:

"Indefra med Anders Agger – Grenen"

Se www.antv.dk – indslag om Ekstremsamlere.

REDSKABER TIL AT MOTIVERE MENNESKER TIL FORANDRING

ASV – Efterår 2018

Søren Holm, ph.d., medlem af MINT

Introduktion til den motiverende samtale (MI)



Program

- Antagelserne bag MI
- Ånden i MI
- Samtaletekniske værktøjer
- Forandringens sprog
- Inspiration til fortsat læring og udvikling

Fokus på læring og brug i praksis

Hvad skal vi svare for at øge personens motivation?

Personen siger:

Jeg synes, det er svært at skære ned. Der er mange af mine venner, der ryger hash og tager stoffer, og så er det sgu svært. Åh jo, så er min mors hund for resten også død. Han blev 12 år, så det er ok.

Jeg vil gerne ha' mit eget sted at bo, så jeg kan komme i gang med en uddannelse, og det ved jeg, at jeg ikke kan, så længe jeg ryger hash og tager stoffer, men det er svært i øjeblikket ... Og jeg ved ikke, hvordan et liv uden hash og stoffer vil være ... Jeg har jo røget dagligt de sidste fire år.

Du kan svare:

1. Hvilken hund var det?
 2. Det er virkelig vigtigt, at du tager dig sammen nu, før det er for sent!
 3. Lad os lave en top 10 liste over ting, der taler imod at stoppe med stofferne. Hvad skal mere stå på listen ud over de 4 ting, du allerede har nævnt?
 4. Så der er nogle ting, der gør det svært at skære ned i øjeblikket, men du vil faktisk gerne have dit eget sted at bo og en uddannelse, og du ved, at stofferne ikke hænger sammen med det. Hvad er grunden til, at du gerne vil tage en uddannelse?
-

Svaret kan vi finde her: Forskning i MI's kausalkædemodel

Journal of Consulting and Clinical Psychology
2014, Vol. 82, No. 6, 973–983

© 2014 American Psychological Association
0022-006X/14/\$12.00 <http://dx.doi.org/10.1037/a0036833>

The Technical Hypothesis of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of MI's Key Causal Model

Molly Magill and Jacques Gaume
Brown University

Timothy R. Apodaca
Children's Mercy Hospitals and Clinics, Kansas City, Missouri,
and University of Missouri–Kansas City

Justin Walthers and Nadine R. Mastroleo
Brown University

Brian Borsari
Brown University and Department of Veterans Affairs,
Providence, Rhode Island

Richard Longabaugh
Brown University

Personens sprog forudsiger personens adfærd

Kilder:

Amrhein & Miller, 2003
Moyers & Martin, 2006
Moyers et al., 2007
Gaume et al., 2008
Moyers et al., 2009
Magill et al., 2010

Forandrings
udsagn



Forandring

Kilder:

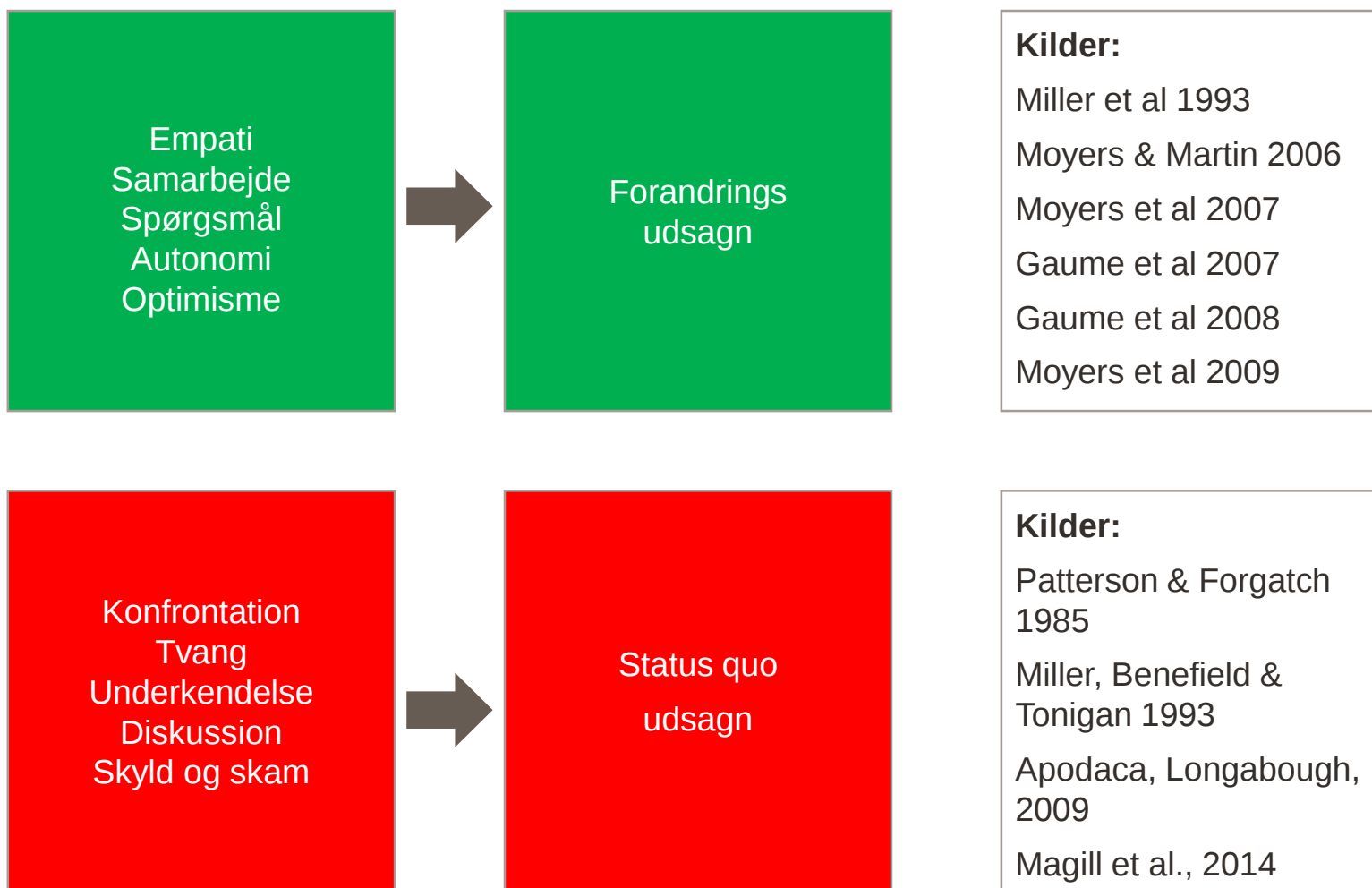
Miller, Benefield &
Tonigan, 1993
Amrhein & Miller, 2003
Magill et al., 2010
Magill et al., 2014

Status quo
udsagn

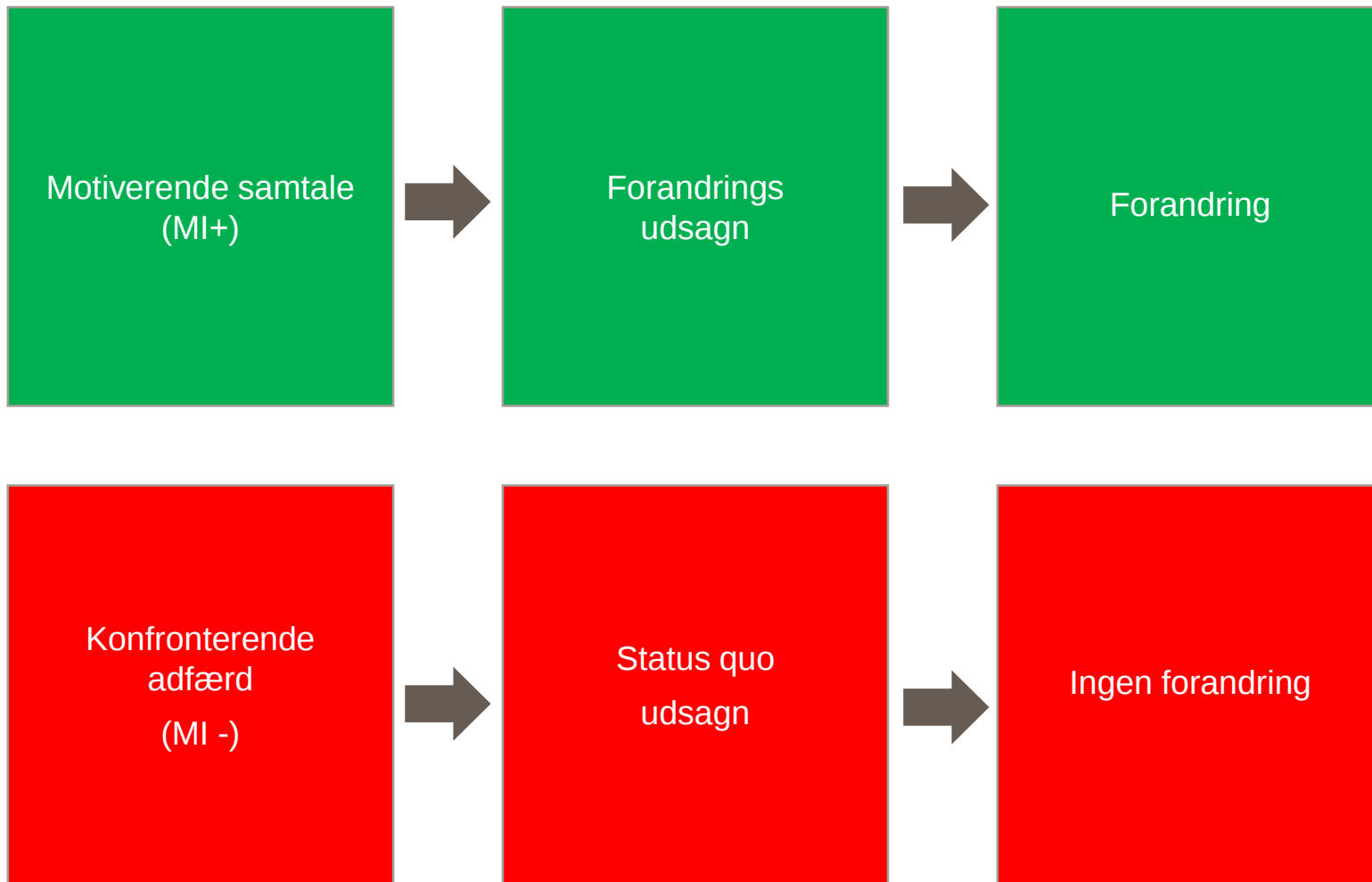


Ingen forandring

Den professionelles adfærd forudsiger personens sprog



MI's årsag-virkningskæde: Den professionelle adfærd påvirker personens sprog, hvilket påvirker personens motivation



Hvad skal vi svare for at øge personens motivation?

Personen siger:

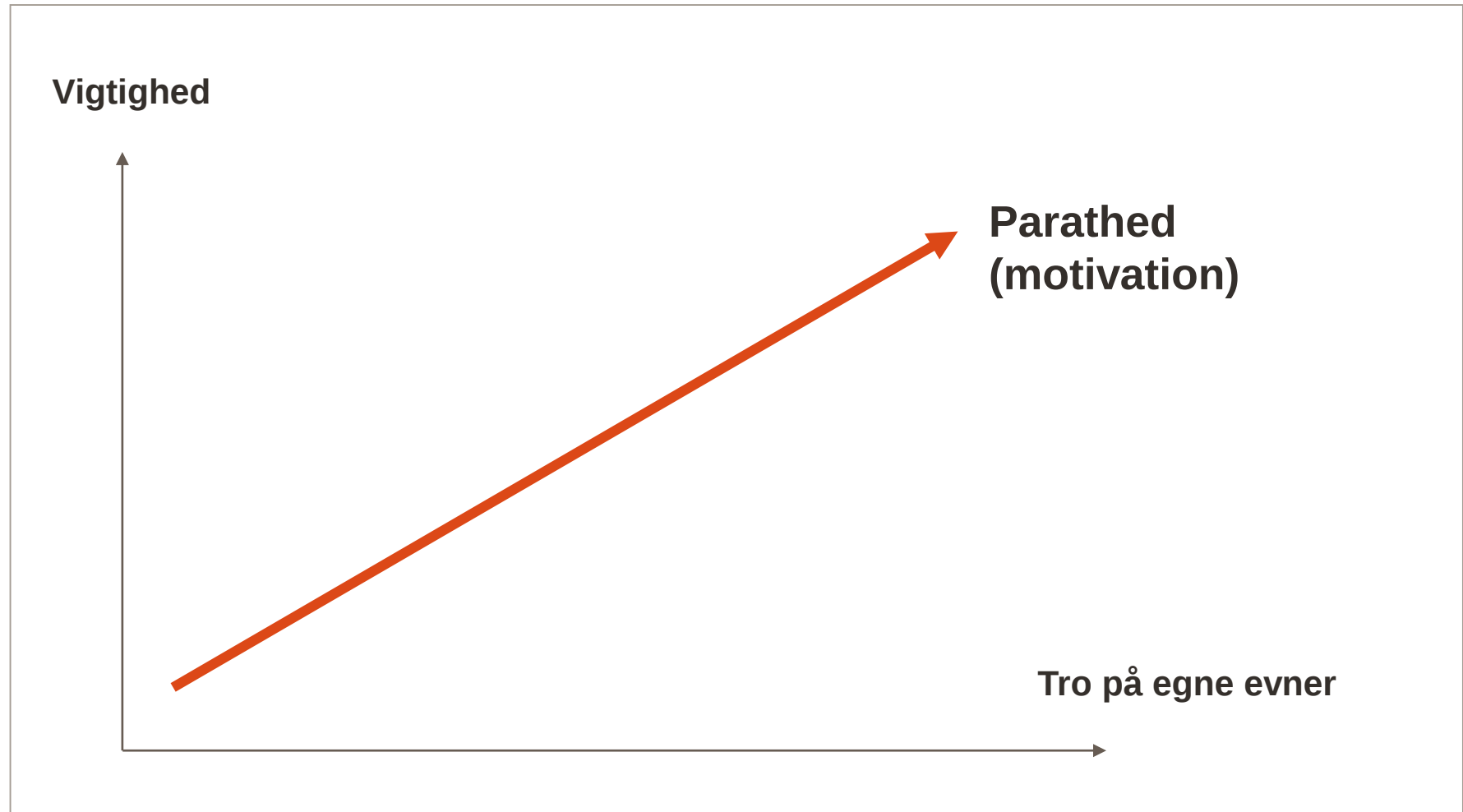
Jeg synes, det er svært at skære ned. Der er mange af mine venner, der ryger hash og tager stoffer, og så er det sgu svært. Åh jo, så er min mors hund for resten også død. Han blev 12 år, så det er ok.

Jeg vil gerne ha' mit eget sted at bo, så jeg kan komme i gang med en uddannelse, og det ved jeg, at jeg ikke kan, så længe jeg ryger hash og tager stoffer, men det er svært i øjeblikket ... Og jeg ved ikke, hvordan et liv uden hash og stoffer vil være ... jeg har jo røget dagligt de sidste fire år.

Du kan svare:

1. Hvilken hund var det? – **Off target**
2. Det er virkelig vigtigt, at du tager dig sammen nu, før det er for sent! – **Modstand**
3. Lad os lave en top 10 liste over ting, der taler imod at stoppe med stofferne. Hvad skal mere stå på listen ud over de 4 ting, du allerede har nævnt? – **Fremmer SQ**
4. Så der er nogle ting, der gør det svært at skære ned i øjeblikket, men du vil faktisk gerne have dit eget sted at bo og en uddannelse, og du ved, at stofferne ikke hænger sammen med det. Hvad er grunden til, at du gerne vil tage en uddannelse? – **Fremmer FU**

Motivation forstås i MI som parathed til forandring som er en funktion af oplevet vigtighed og tro på egne evner



Intro til den motiverende samtale

Videodemo

- Hvordan vil I beskrive den professionelles tilgang til motivationsarbejdet?
 - Hvad gør den professionelle for at øge momentum i personens motivation?
-

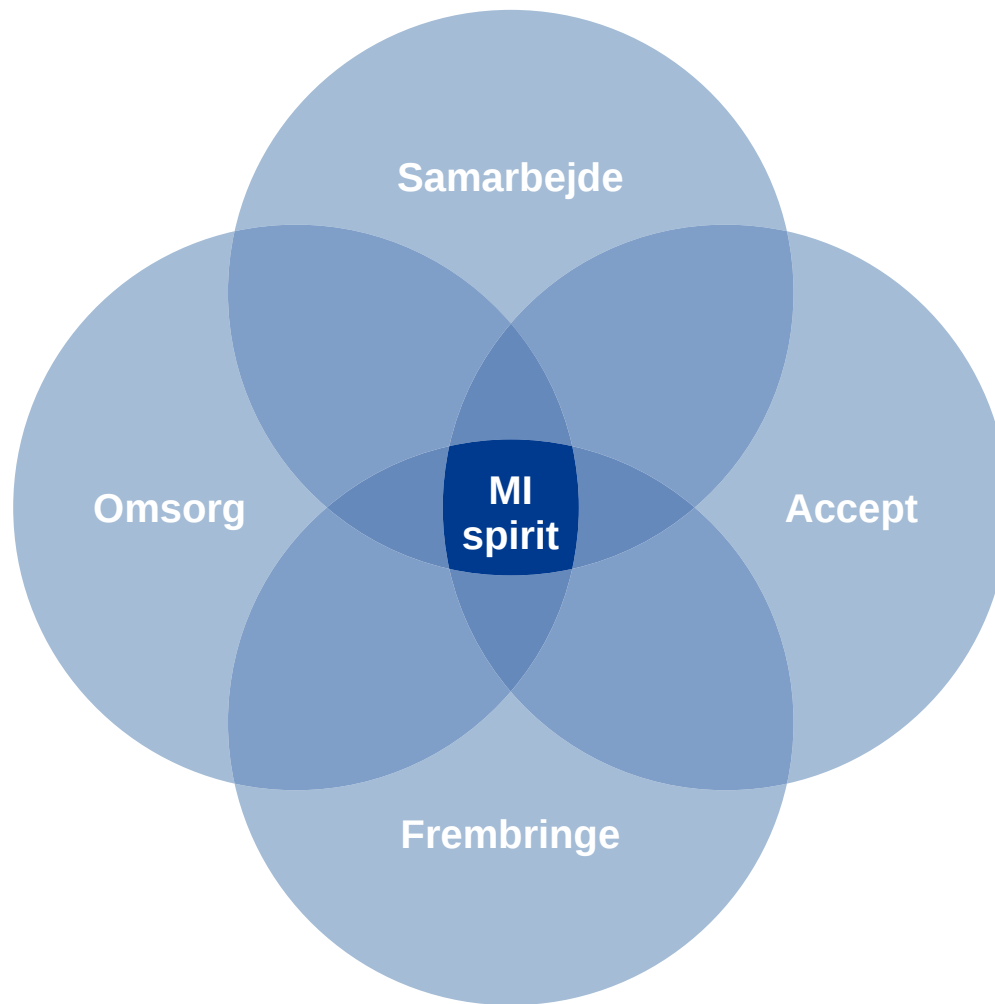
MI er et opgør med tankpassermodellen for motivation og troen på at motivation kan *installeres*

Tankpassermodellen



- Personen mangler noget
- Den professionelle ved mest (om fakta)
- Den professionelle taler derfor mest
- Formaninger
- Løftede pegefingre
- Skræmmende information
- Motivation *installeres*

Ånden i den motiverende samtale (MI spirit)



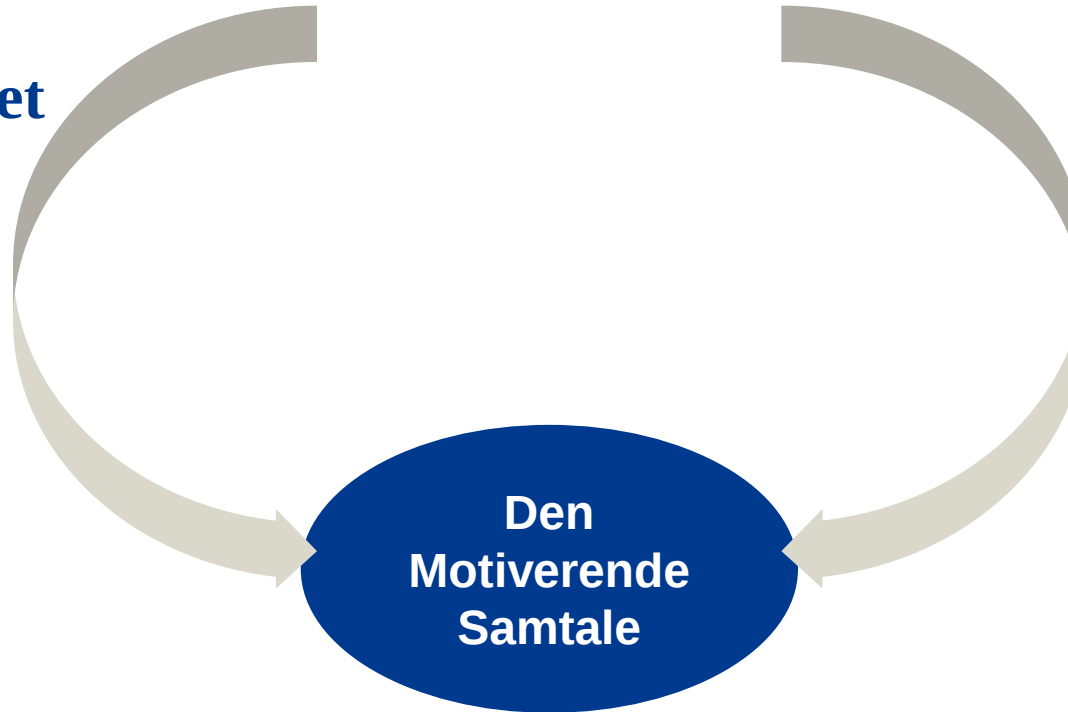
Den motiverende samtale er både *personcentreret* og *styrende*

Pers. centreret

- Empati
- Accept
- Samarbejde
- Autonomi

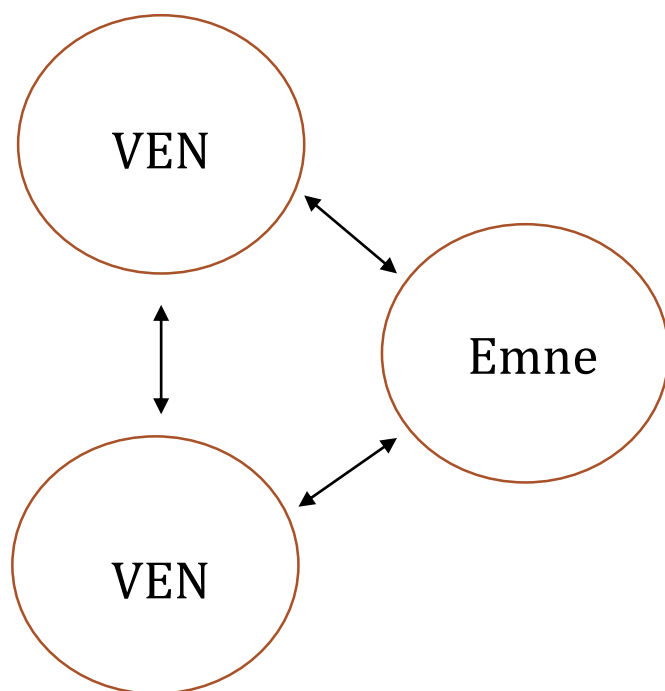
Styrende

- Forandringsudsagn
- Frembringe
- Styrke
- Dæmpe status quo

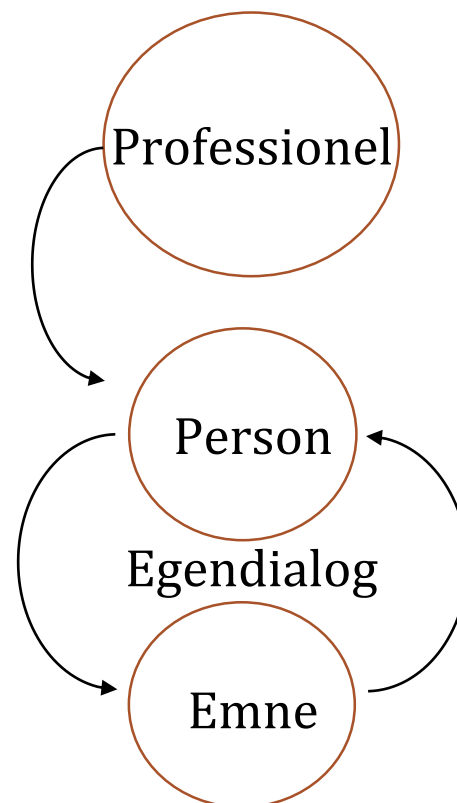


Den motiverende samtale er både *personcentreret* og *styrende*

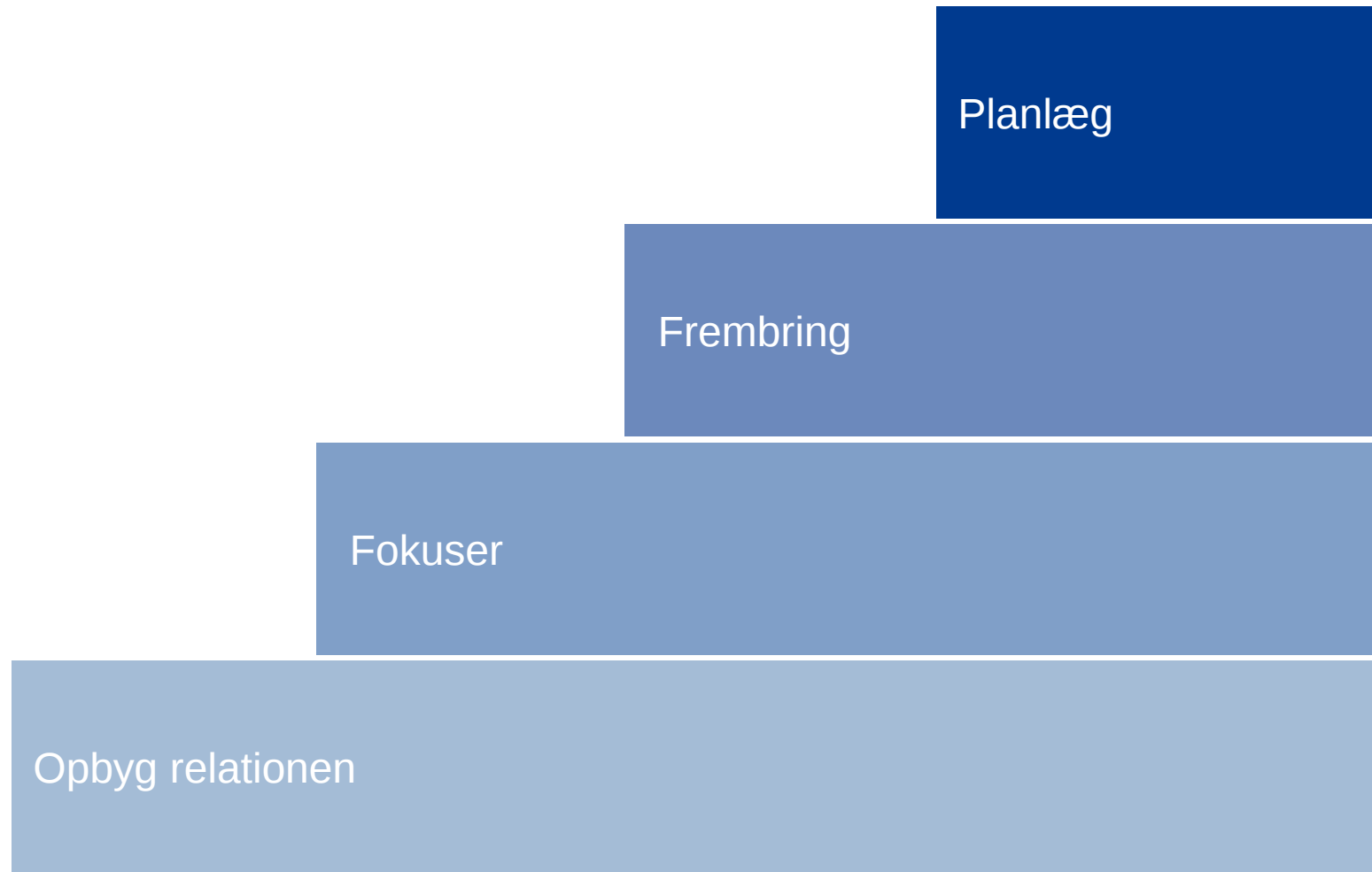
Normal samtale



Personcentreret samtale



MI fokuserer på fire motivationsprocesser, der er centrale led i motivationsarbejdet



De fire personcentrerede værktøjer der tilpasses de forskellige motivationsprocesser

Åbne spørgsmål

Åbner for personens perspektiver, tanker, følelser, værdier og handlinger

Bekræftende udsagn

Bekræfter og anerkender personens værdier, idéer, styrker og handlinger

Refleksioner

Spejler det, personen siger. Demonstrerer at man lytter og forstår (empatisk lytning)

Opsummering

Fungerer som en genfortælling og samler vigtige pointer ift. personens mål om forandring

Kendetegn ved åbne og lukkede spørgsmål

Lukkede spørgsmål

Har et kort svar (ja/nej)

- Har du drukket i denne uge?

Spørger efter en specifik information

- Hvor bor du?

Kan indeholde flere valg

- Vil du stoppe, skære ned eller fortsætte med at ryge?

Begrænser personens muligheder for at udtrykke sig

Åbne spørgsmål

'Story starters'

- Hvad er grunden til, at du er kommet her?

Opmunttrer personen til at tale

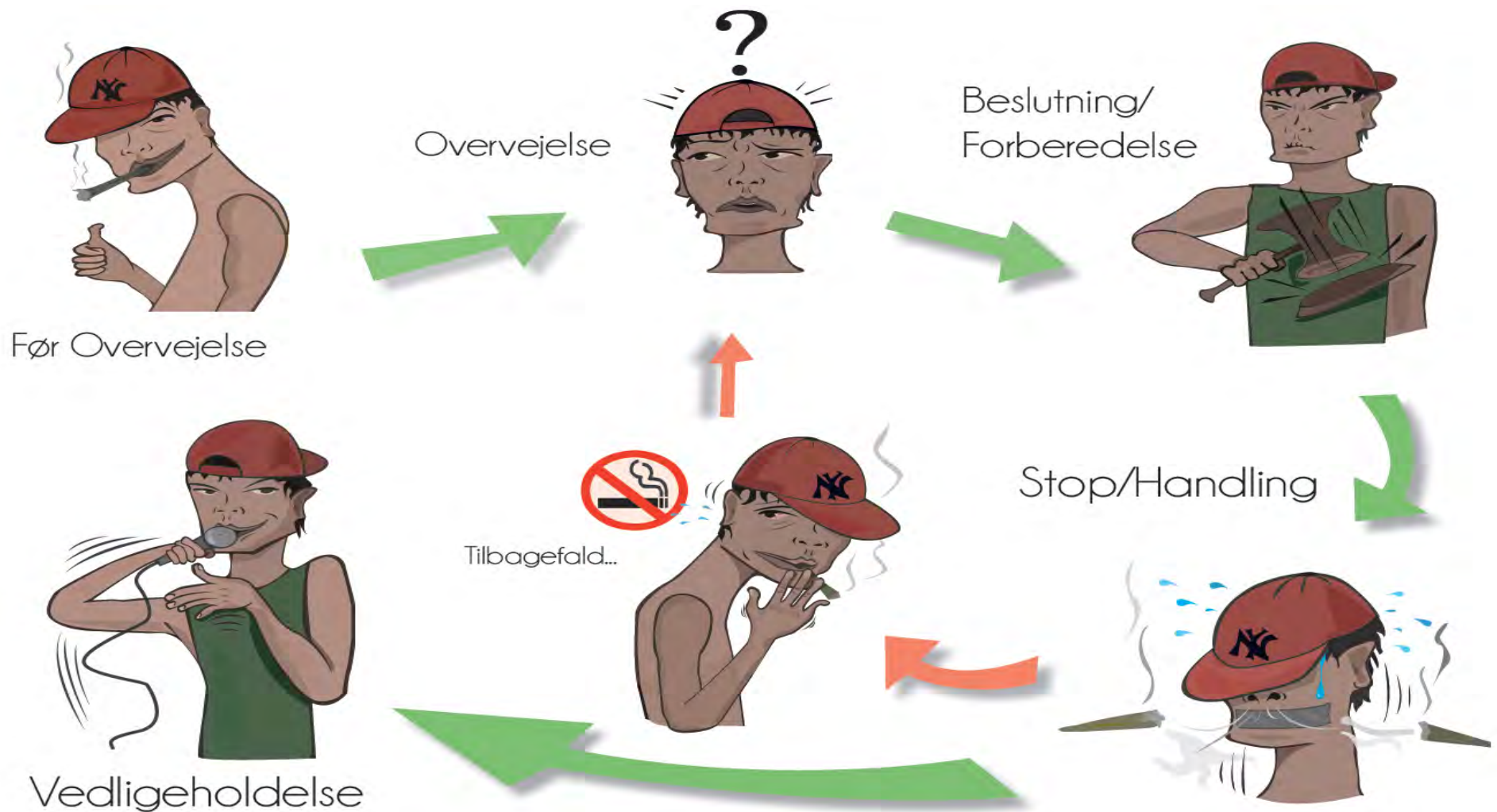
- Fortæl mig noget mere om det

Åbner for personens perspektiv

- Hvordan ser du på din situation?

Giver personen mulighed for at udtrykke sig frit

Forandringscirklen



En anden måde at spørge på

Eksempler på åbne og lukkede spørgsmål

Lukkede spørgsmål

Har du søgt job i denne uge?

Er du sur over at være her?

Synes du ikke selv, at din situation er bekymrende?

Er der noget, du kan gøre selv?

Kunne det være en ide at ...?

Kan det lade sig gøre?

Er det noget, du kan bruge til noget?

Kunne man forestille sig, at du dyrkede noget motion om morgenen inden arbejde?

Åbne spørgsmål

Hvad har du gjort for at finde job?

Hvordan har du det med at være her?

Hvordan har du det egentlig selv med din situation?

Hvilke ideer har du til at komme videre?

Hvad synes du om ...?

Hvordan kan det lade sig gøre?

Hvad synes du om den ide?

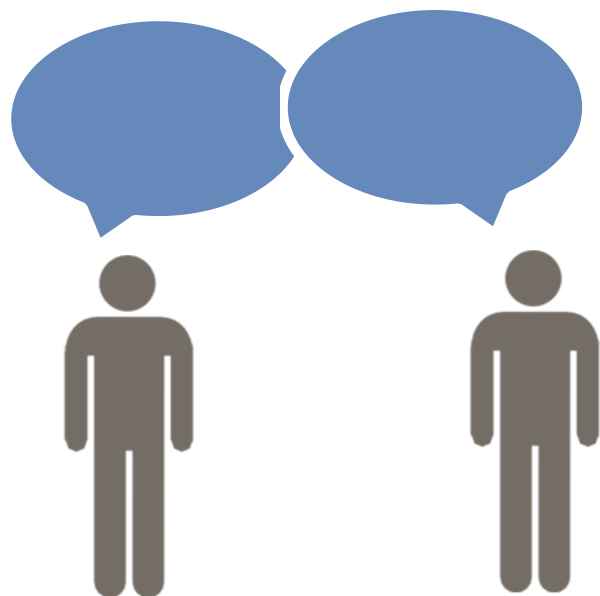
Hvordan kunne du eventuelt få flettet lidt mere motion ind i din hverdag?

Øvelse: Åbne og lukkede spørgsmål

Er nedenstående spørgsmål åbne eller lukkede?

1. Hvad er det, du godt kan lide ved at gå i skole?
2. Hvor voksede du op?
3. Er det ikke vigtigt for dig at ændre på tingene?
4. Hvor gammel bliver en ræv?
5. Hvordan har du det egentlig med at gå her?
6. Har du gjort dig nogle tanker om hvad du gerne vil arbejde med på sigt?
7. Hvilke gode ting kunne der komme ud af at få et job?
8. Hvordan har du tidligere lykkedes med at løse sådan en opgave?
9. I hvor lang tid har du taget stoffer?
10. Hvorfor er du ikke startet før nu?
11. Tror du, at du kan klare opgaven?

Tredje proces: Frembring forandringsudsagn



- At frembringe personens indre motivation
- *Genkende, frembringe og styrke* forandringsudsagn
- De personcentrerede værktøjer (spørgsmål, bekræftende udsagn, refleksioner og opsummeringer).

Forandringsudsagn er alle personens udsagn, der taler for en bevægelse i retning af forandring

Forandringsudsagn er udtryk, der fortæller om personens egne grunde og fordele ved forandring

Ytringer om:

ØNSKER → "Jeg vil gerne bestå og gøre uddannelsen færdig."
"Det vil være godt at få styr på mit fravær."

EVNER → "Jeg tror godt, jeg kan forbedre mit fremmøde."

GRUNDE → "Det vil være godt for mig", "Hvis ikke jeg gør det, så bliver jeg jo smidt ud."

NØDVENDIGHED → "Der er ikke noget at diskutere – jeg SKAL bare ændre det.", "Jeg er nødt til at gøre det nu."

FORPLIGTELSE → "Jeg går hjem og laver en aftale med min mor."

TAGE SKRIDT → "Jeg har allerede forbedret mit fravær."
"Forleden aftalte jeg med Oliver, at han vil hjælpe mig med at komme i skole."

Forandringsudsagn er ofte blandet sammen med al mulig anden snak, og det er vigtigt at kunne genkende dem

Person: Det er jo nok mest min kone, der synes, at jeg drikker for meget. Hun har mange holdninger til det.

Professionel: Hun er lidt efter dig, lyder det til. (R)

Person: Ja, det er hun.

Professionel: Så du er her mest for hendes skyld. (R)

Person: Ja, det kan man godt sige. **Jeg synes jo ikke, at det er så slemt, og jeg kan godt li' en lille en.**

Professionel: Du synes, at det er fint, som det er lige nu. (R)

Person: Ja. **Der er nogle perioder, hvor det måske tager lidt overhånd, men i det store og hele fungerer tingene. Altså jeg har jo et job, og sidder ikke på værtshus hele dagen.**

Professionel: Du forstår ikke helt, at hun skal blande sig, selvom du godt kan se rimeligheden af det indimellem, fordi det nogle gange tager overhånd. Må jeg spørge hvad 'overhånd' vil sige for dig? (R,Å)

Person: **Det er jo, at jeg i nogle perioder drikker mere, end hvad godt er. Det ved jeg godt.** Så bliver hun bekymret for, at jeg laver noget dumt og kommer op at slås eller kommer til skade.

Professionel: Ok, så af omsorg for dig blander hun sig. Hvis vi skal tale om, hvad du selv tænker om de perioder, hvor du drikker for meget – hvordan ser du så selv på det? (R,Å)

Person: **Jeg ved godt, at jeg drikker for meget og ofte laver noget lort, men jeg er jo ikke alkoholiker.**

Professionel: Så selv om det ikke er så slemt, så er du også selv lidt bekymret.(R)

Person: **Ja, det er jeg nok.**

Øvelse: At genkende forandringsudsagn

Vurder hvorvidt følgende udsagn er status quo eller forandringsudsagn

- Jeg elsker at ryge hash.
- Jeg gider sgu ikke gå i behandling.
- Jeg er nødt til at komme i behandling nu.
- Jeg vil bare gerne vågne og føle, at jeg skal noget.
- Det er helt udelukket, at jeg vil tage tage stoffer igen. NU er det slut!
- Så slemt er det jo heller ikke, og jeg har ikke brug for jer.
- Jeg ville ønske, at det var lidt nemmere at skære ned.
- Jeg tror faktisk godt, at jeg kan følge planen denne gang.
- Jeg er sikker på, at det vil lykkes mig at stoppe.
- Det vil være godt for mig, hvis jeg kom lidt oftere ud.

Nogle spørgsmål er særligt velegnede til at frembringe forandringsudsagn.

Forandringsudsagn er udtryk, der fortæller om personens egne grunde og fordele ved forandring

Ytringer om:

ØNSKER → "Hvad kunne du godt tænke dig var anderledes?"

EVNER → "Hvilke styrker har du, der kan bruges her?"

GRUNDE → "Hvilke grunde er der for dig til at komme i gang?"

NØDVENDIGHED → "Hvordan kan det være, at det er så vigtigt for dig at ændre på disse ting?"

FORPLIGTELSE → "Hvad kan vi aftale?"

TAGE SKRIDT → "Hvad har du allerede gjort for at forbedre din situation?"

Øvelse: Hvilke spørgsmål styrer i retning af forandringsudsagn?

Hvilke spørgsmål lægger op til at blive besvaret med et *forandringsudsagn*?

1. Hvilke gode ting kunne der komme ud af at følge planen?
2. Hvor voksede du op?
3. Hvilke tanker har du selv gjort dig om et behandlingsforløb?
4. Hvor gammel er du?
5. Hvad kunne du godt tænke dig, at der skulle ske i dette forløb? Hvad ku hjælpe?
6. Har du nogensinde tænkt på det at få en uddannelse?
7. Hvis nu du fortsætter din livsstil, og du ser nogle år frem, hvad ku så være det værste?
8. Hvad har tidligere virket for dig i forhold til at skære ned?
9. Hvad er grunden til, at du gerne vil i gang lige nu?

At guide den ambivalente mod forandring vha. svar på en forandringsudsagnssandwich

Personen siger:

Det er bare så besværligt at tage pillerne. Det er meningen, at jeg skal huske at tage dem fire gange om dagen, og halvdelen af tiden har jeg jo ikke engang pillerne på mig. Og jeg hader bare den følelse, det giver mig at skulle tage dem. Jeg ved godt, der er en god grund til det og at jeg får det bedre, når jeg tager medicinen, men det er bare ikke muligt for mig.

Du kan svare:

1. Det er helt umuligt for dig at tage pillerne.
2. At skulle tage al den medicin er bare alt for besværligt.
3. Så selvom det er svært, er du opmærksom på, at du har det bedre, når du får taget medicinen regelmæssigt.

At guide den ambivalente mod forandring vha. svar på en forandringsudsagnssandwich

Det er bare så besværligt at tage pillerne. Det er meningen, at jeg skal huske at tage dem fire gange om dagen, og halvdelen af tiden har jeg jo ikke engang pillerne på mig. Og jeg hader bare den følelse, det giver mig at skulle tage dem. Jeg ved godt, der er en god grund til det og at jeg får det bedre, når jeg tager medicinen, men det er bare ikke muligt for mig.

1. Det er helt umuligt for dig at tage pillerne
2. At skulle tage al den medicin er bare alt for besværligt
3. **Så selvom det er svært, er du opmærksom på, at du har det bedre, når du får taget medicinen regelmæssigt**

At genkende forandringsudsagn

Videodemo: Erik og Natalie:

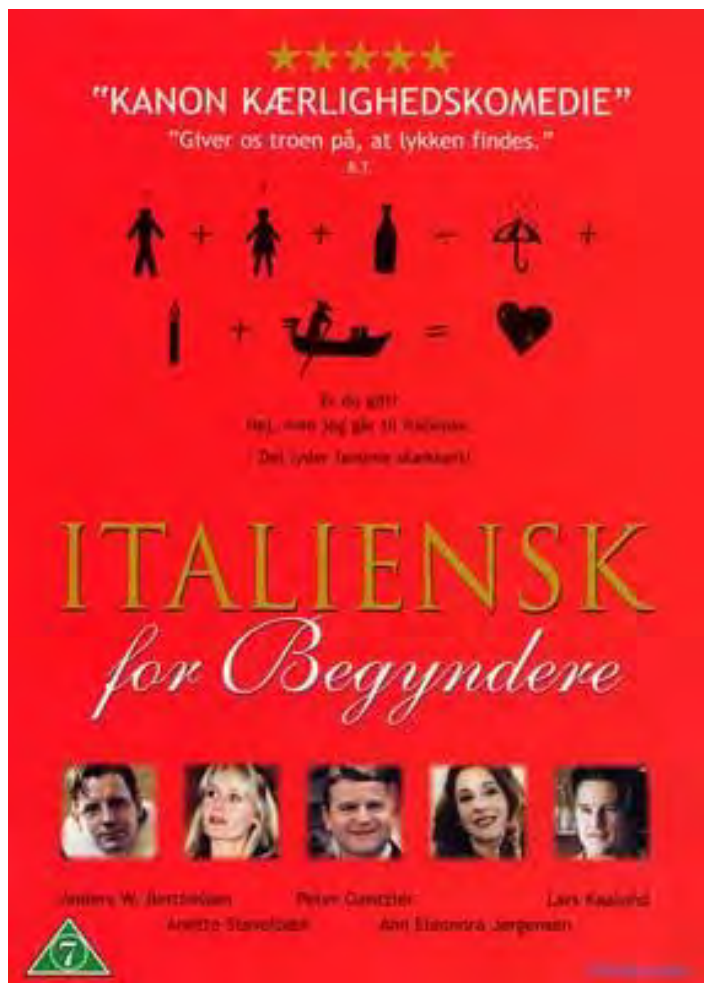
- Hvilke forandringsudsagn hører I?
 - Skriv dem evt. ned.
-

Evidensgrundlaget – virker det?



- Mere end 2000 videnskabelige artikler
- Mere end 470 randomiserede kontrollerede forsøg
- Flere metaanalyser
- Sågar et par cost-benefit analyser

Inspiration til fortsat læring og udvikling

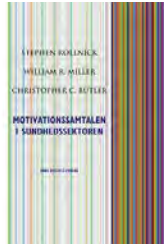


- Kursusforløb i den motiverende samtale
- Optag samtaler, lyt dem igennem flere gange med forskellige fokusområder
- Få en MI træner til at kode en af dine samtaler og få feedback
- Lav læringsgrupper, træn og lyt til hinandens samtaler
- Supervision og MI som punkt på p-møder
- Læs mere – og se flere videodemonstrationer på hjemmesiden: denmotiverendesamtale.dk

Vil du vide mere om den motiverende samtale – litteratur på dansk

”Motivationssamtalen i sundhedssektoren”

Miller & Rollnick, 2008



”Den motiverende samtale - støtte til forandring”

Miller og Rollnick, 2012



”Den motiverende samtale i teori og praksis”

Gregers Rosdahl, 2013



”Den motiverende samtale Praktisk håndbog til samtaler om rehabilitering”

Gregers Rosdahl, 2016



Find mere information på nettet

Hjemmesiden www.denmotiverendesamtale.dk:

The screenshot shows the homepage of 'Den Motiverende Samtale'. At the top, there is a navigation bar with the site name and links for 'ARTIKLER', 'REDSKABER', and 'KURSER'. Below this, there are three main sections: a large image of a woman with glasses and the text 'UNDERVISNING MED FOKUS PÅ PRAKSIS', a 'Kursuskalender' listing courses for 2017 and 2018, and a section with three icons representing 'KOMPETENCEUDVIKLING', 'DEN MOTIVERENDE SAMTALE', and 'OM OS'. Each icon has a list of related content like 'Kurser', 'Artikler', and 'Bøger'.

Facebookgruppen Den motiverende samtale

The screenshot shows the Facebook group page for 'Den motiverende samtale'. The top section features a video thumbnail with the text 'PROFESSIONELLE SAMTALER OM FORÆNDRING'. Below this, there are buttons for 'Medlem', 'Notifikationer', 'Del', and 'Mere'. The main content area includes a post by 'GREGERS ROSDAHL' with a link to an article about the E-learning program. To the right, there is a sidebar with 'TILFØJ MEDLEMMER' (271 members), 'FORESLÅEDE MEDLEMMER' (Christian Østrup Nordsborg, Esben Munch Frederiksen, Lars Lerager), and 'BESKRIVELSE' (For alle med interesse for den motiverende samtale (Motivations...)).

Afslut sætningen...

- Jeg har lært ...
- Jeg har fået genopfrisket ...
- Jeg har været rigtig glad for ...
- Jeg kan konkret bruge ...
- Jeg ved nu, at ...
- Jeg kan ikke vente med at prøve ...
- Jeg kan komme videre med metoden ved at ...

Relationel Kapacitet – Samarbejde mellem forskellige parter i meget udsatte borgeres forløb

Rasmus Rossel
rasmus@joint-action.dk

jointaction

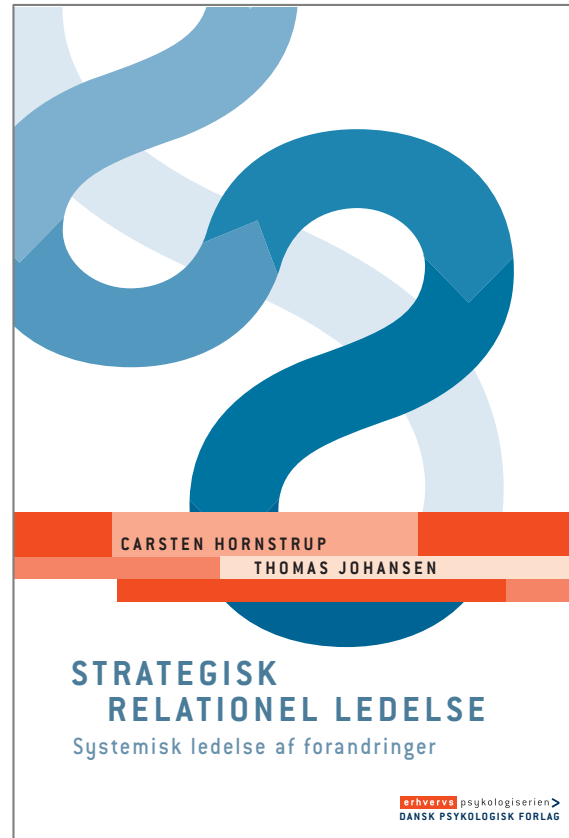
jointaction

Hvem er vi?

- Forsknings- og konsulenthus, der arbejder med fokus på at udvikle og anvende viden inden for feltet Ledelse af relationel velfærd (samarbejde på tværs af organisationer med borgere/kunder i fokus)
- Eksempler:
 - Sammenhængende ledelsesindsats
 - Sammenhængende IT løsninger
 - Sammenhængende myndighedsindsats
 - Demensindsats
 - Sammenhængende indsats 0 – 18 år
 - Forebygge genindlæggelser
 - Udsatte borgere og brugere af offentlig service

Inspiration

Udkommer 28 maj 2018



www.joint-action.dk/viden

<https://www.linkedin.com/in/carstenhornstrup/>

Uddannelser og kurser



jointaction

UDDANNELSE

LEDELSE

AF RELATIONEL KOORDINERING

Udviklingsforløb for ledere, der arbejder med at udvikle samarbejdet på tværs af faglige og organisatoriske skel.

Udbudt i samarbejde med
LEDERFORENINGEN
DANSK SYGEPLEJERÅD



LEDELSE

AF RELATIONEL KOORDINERING

En strategisk udviklingsproces, der sikrer samarbejdet omkring den komplekse kerneopgave.

jointaction

Når bedre relationer er
svaret...

jointaction

jointaction

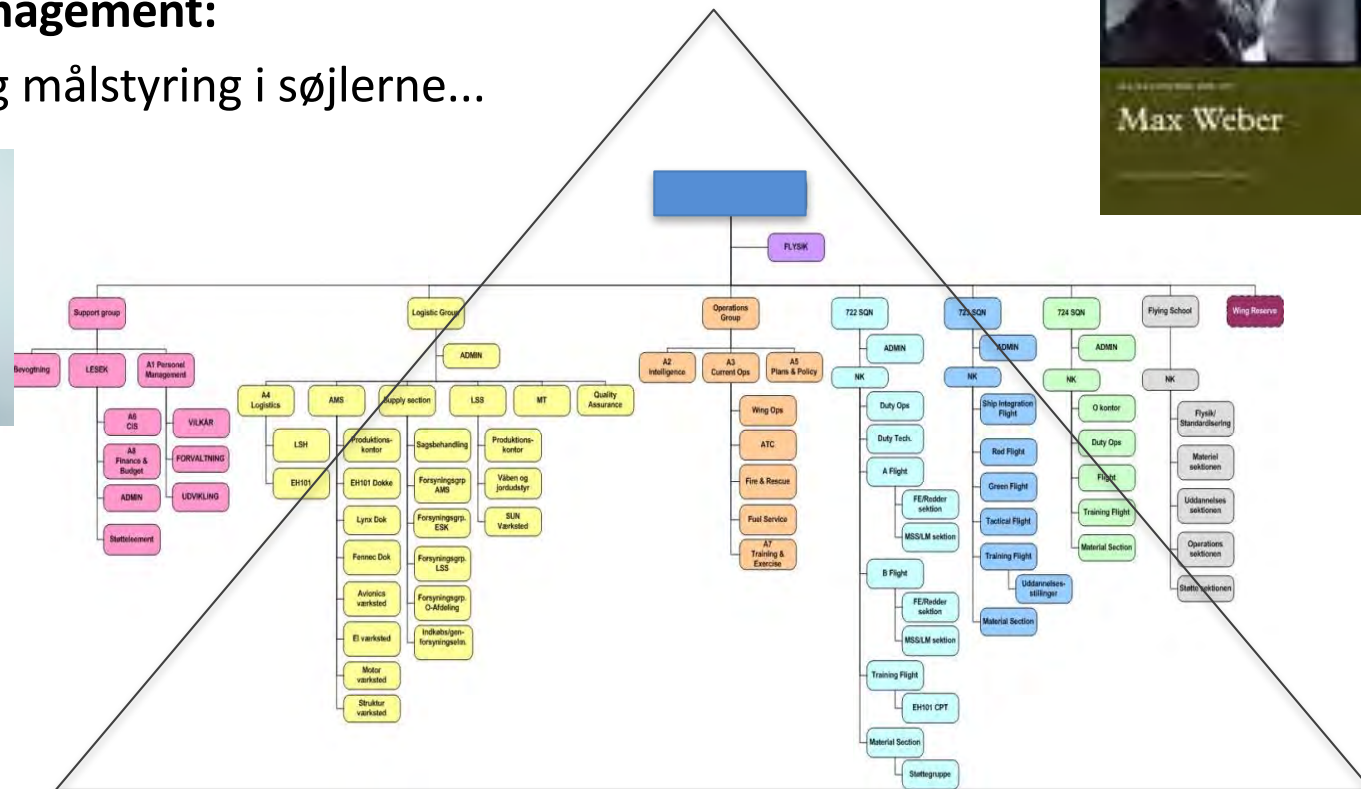
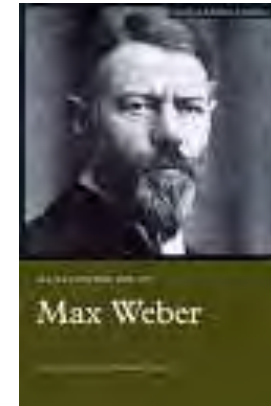
En version af den baggrund der gør stærkere koordinering relevant og vigtig...

Old Public Management (sådan som vi altid har organiseret os):

- Et hierarki af søjler i form af fag, funktioner og afdelinger...

New Public Management:

- Økonomi- og målstyring i søjlerne...



I Sammenhængsreformen...

(Finansministeriet 2017)

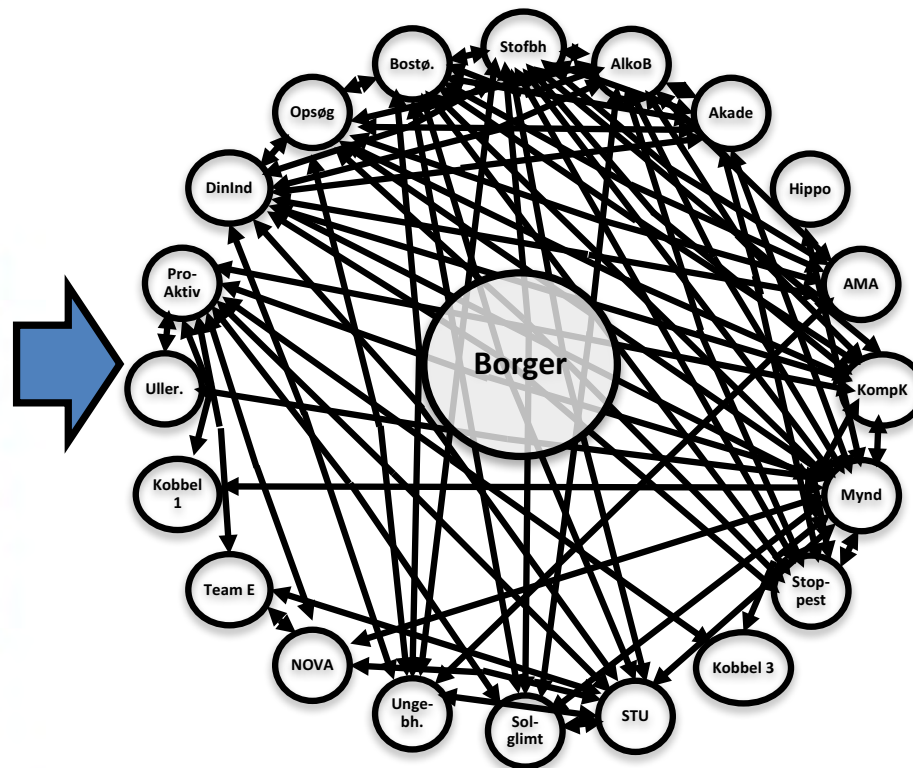
- *”Opgaveløsningen er i for høj grad siloopdelt efter strukturer og myndighedsgrænser – frem for borgernes og virksomhedernes behov.*
- *Det betyder fx, at borgere i for mange tilfælde får et ukoordineret eller usammenhængende forløb i mødet med den offentlige sektor.*
- *Ofte er det de borgere, som har det sværest, der bliver mødt af de mest komplekse og svært gennemskuelige regler og tilbud.*
- *Vi spilder derfor for mange ressourcer i den offentlige sektor – menneskelige som økonomiske.”.*

Udfordringerne – interviews med 60 offentlige chefer...

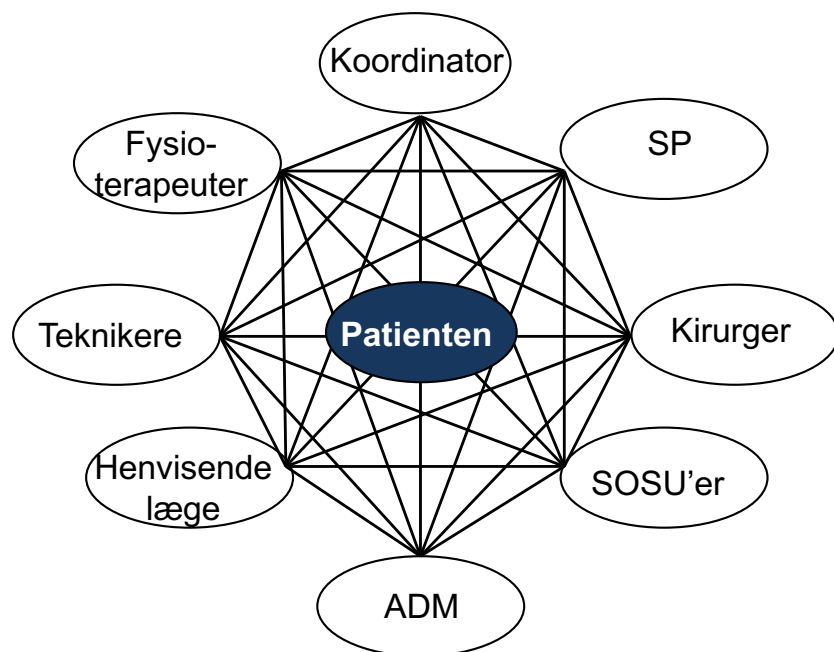
Hvor er de største udfordringer – ift. at skabe en sammenhængende indsats?

1. De indadvendte organisatoriske søjler.
 - Faglig farveblindhed.
 - Faglige diskurser og sprog.
 - Monofaglig “helhedstænkning”
2. Fokus på at måle aktivitet og styre økonomi i søjlerne.
 - Økonomisk og ressourcemæssig suboptimering.
 - Lokal proces- og opgaveoptimering.
3. Lovgivning, der ikke peger i samme retning.
 - Lokale tolkning af lovgivning som modstridende.
 - Formelle forhindringer for videndeling

Organisationsdiagram for Voksenservice pr. 1. februar 2017

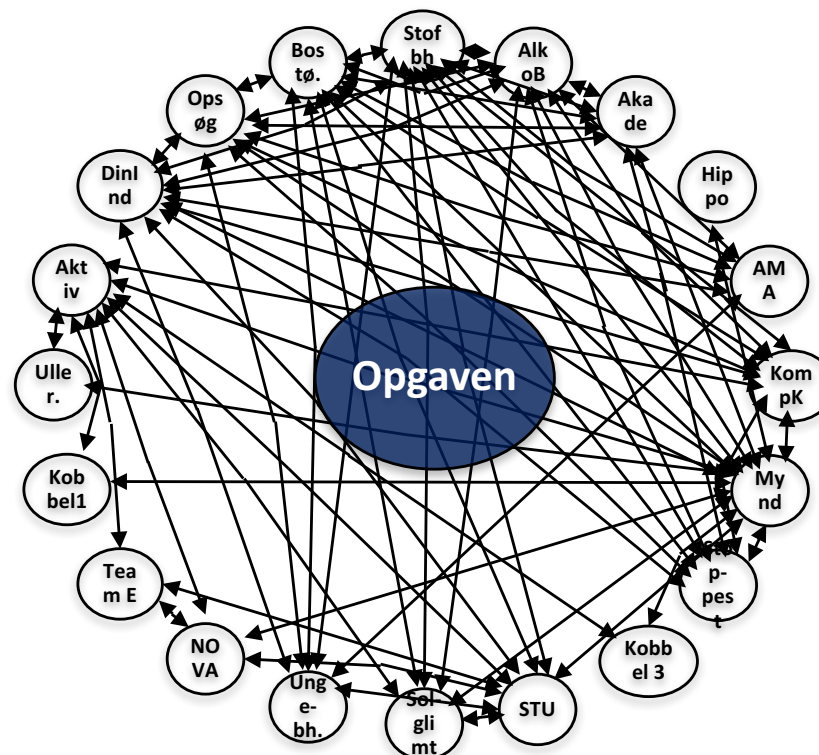


Fra Koordination til kapacitet



Relationel koordinering:

- Veldefineret og velkendt opgave (flyafgange, hoftepatienter).
- Faggrupper & funktioner med specifikke/veldefinerede opgaver.



Relationel kapacitet:

- Komplekse & dynamiske opgaver (udsatte borgere, komplekse borgerforløb).
- Faggrupper & funktioner der skal etablere samarbejde, når opgaverne kalder på det.

Dynamikkerne i Relationel Kapacitet

Den Produktive Sløjfe

Adfærd:
Vidensdeling
Problemløsning
Innovation



Orientering:
Samarbejdsorientering
Gensidigt kendskab
Gensidig respekt

Den uhensigtsmæssige sløjfe

Adfærd:
Specialiseret Viden
Manglende løsningsorientering
Vanetænkning



Orientering:
Indad-orientering (silo-tænkning)
Manglende kendskab
Manglende respekt

Dimensionerne i Relationel Kapacitet

Samarbejde	Mine kolleger er med til at sikre et godt samarbejde omkring borgerne.
Videndeling	Mine kolleger er med til at sikre et højt gensidigt informationsniveau omkring borgerne.
Kendskab	Jeg har et stort kendskab til det arbejde, mine kolleger udfører omkring borgerne.
Problemløsning	Mine kolleger tager aktiv del i at finde løsninger på de problemer, der opstår omkring borgerne.
Innovation	Mine kolleger tager aktiv del i at udvikle vores indsatser og skabe nye muligheder.
Respekt	Mine kolleger respekterer mit arbejde med borgerne.

Definitionen på Relationel Kapacitet

Evnen til at indgå i komplekse og dynamiske tværfaglige samarbejdsrelationer når og hvor behovet opstår.

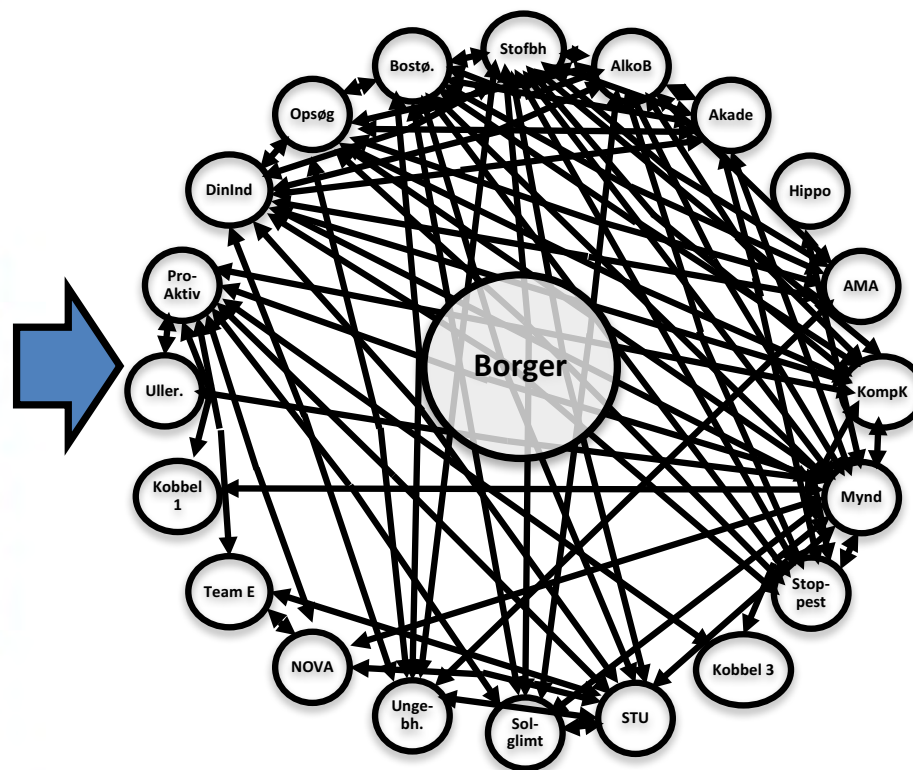
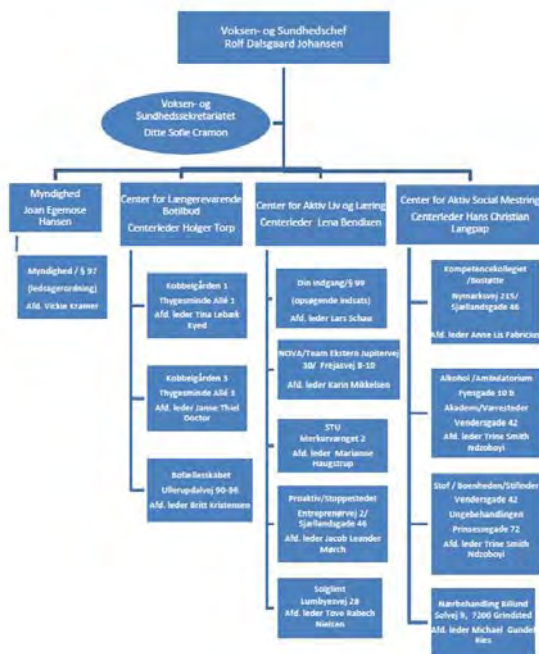
Investeringsstrategien og Relationel Kapacitet

- *"Vi kan ikke præfabrikere en løsningsmodel, hvor psykologer afleverer et bidrag, fysioterapeuterne, sygeplejerskerne og socialrådgiverne andre bidrag og så har vi en standard ud fra det. Det kan vi ikke."*
- *"Vi er nødt til at tage udgangspunkt i den enkelte situation og så få de forskellige fagligheder til at bidrage med udgangspunkt i borgerens behov. Det kræver rigtig meget samarbejde mellem faggrupperne."*
- *"Det handler dybest set om Relationer. Det handler helt afgørende om relationen til borgeren, men også det netværk, der skal understøtte sammenhæng i løsningen omkring borgeren."*

Leif Johansen Jensen, Økonomi- og Arbejdsmarketsdirektør,
Hjørring Kommune

Hvordan ser netværket ud for borgere med dobbelt diagnose? Ved bordene 10 minutter

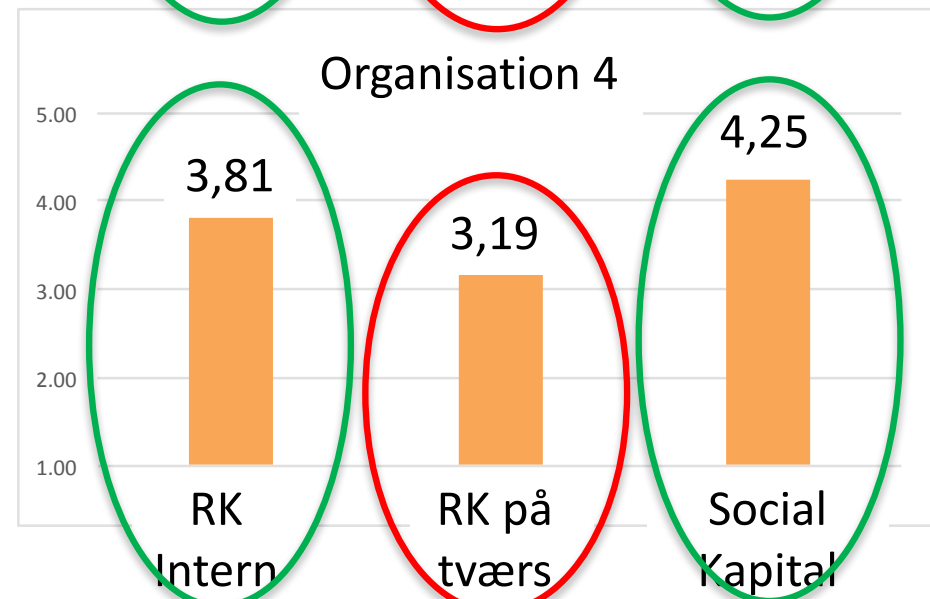
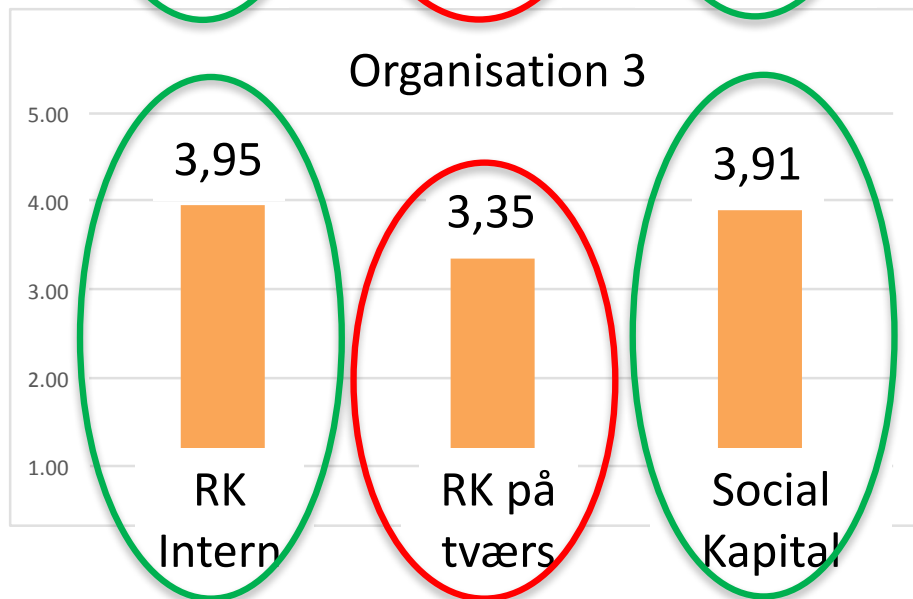
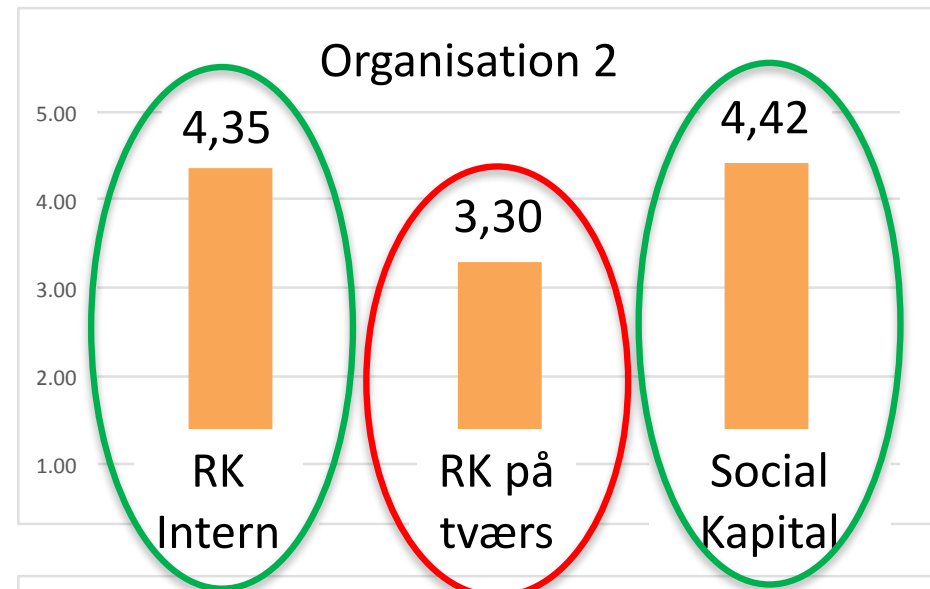
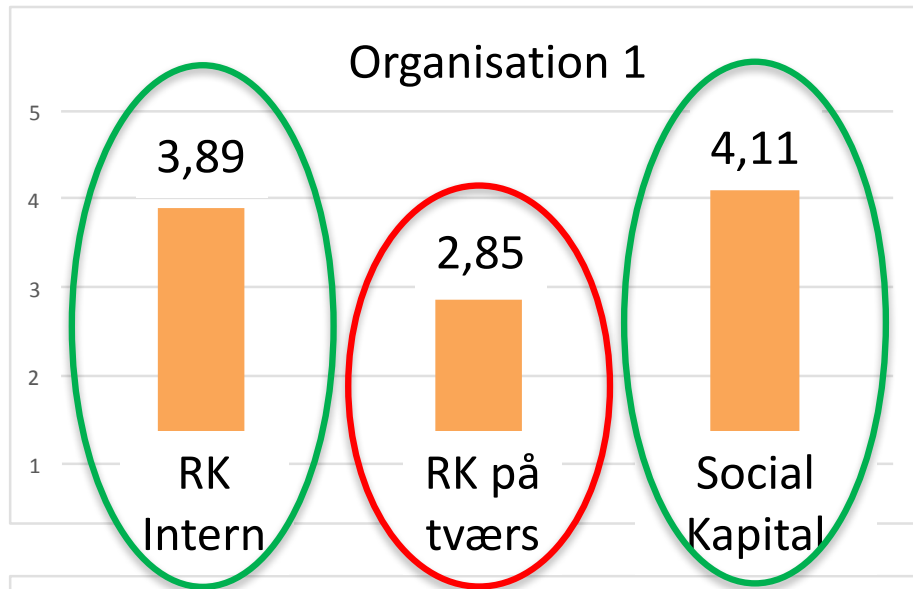
Organisationsdiagram for Voksenservice pr. 1. februar 2017





Produktive Relationer

Positive eller produktive relationer?



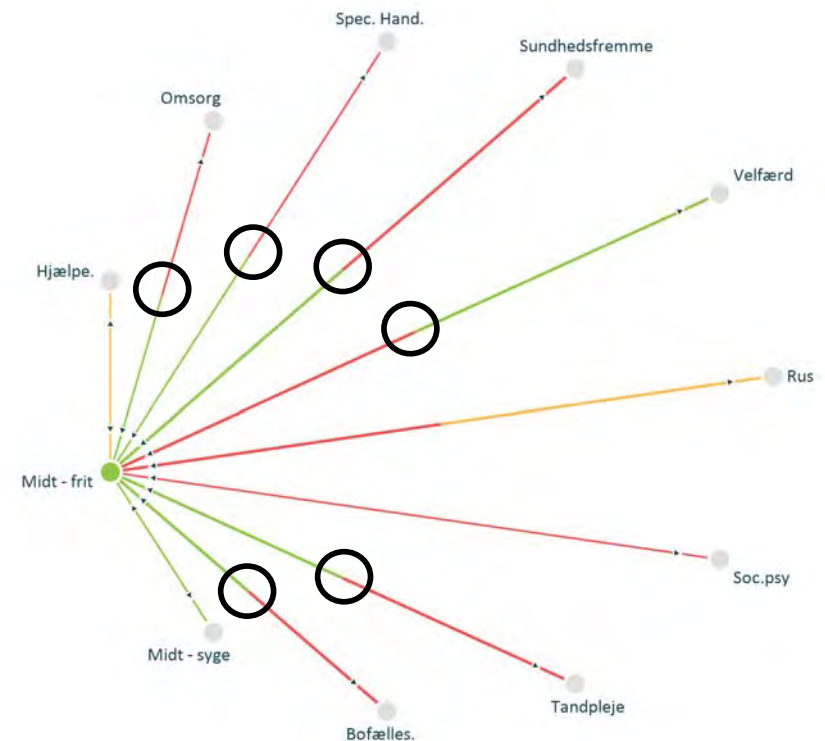
Social Kapital og Relationel Kapacitet

Social kapital-analyser	Fokus	Relationel kapacitet-analyser
Internt i afdeling	Relationer	I og mellem afdelinger
Ingen eller på afdelingsmål	Opgave	Fælles opgaver og arbejdsprocesser
Optimering af den enkelte afdelings indsats	Effektivitet opnås ved	Styrket samarbejde på tværs af fag og enheder
Et mål i sig selv	Trivsel	Resultat af at lykkes sammen om opgaverne
Af og gennem medarbejdere	Ledelse	Sikre produktive relationer på både leder- og medarbejderniveau
Afdelingens leverancer	Værdi	Borgernes mål (kerneopgaven)
Reducere kompleksitet	Syn på kompleksitet	Omfavne og handle med

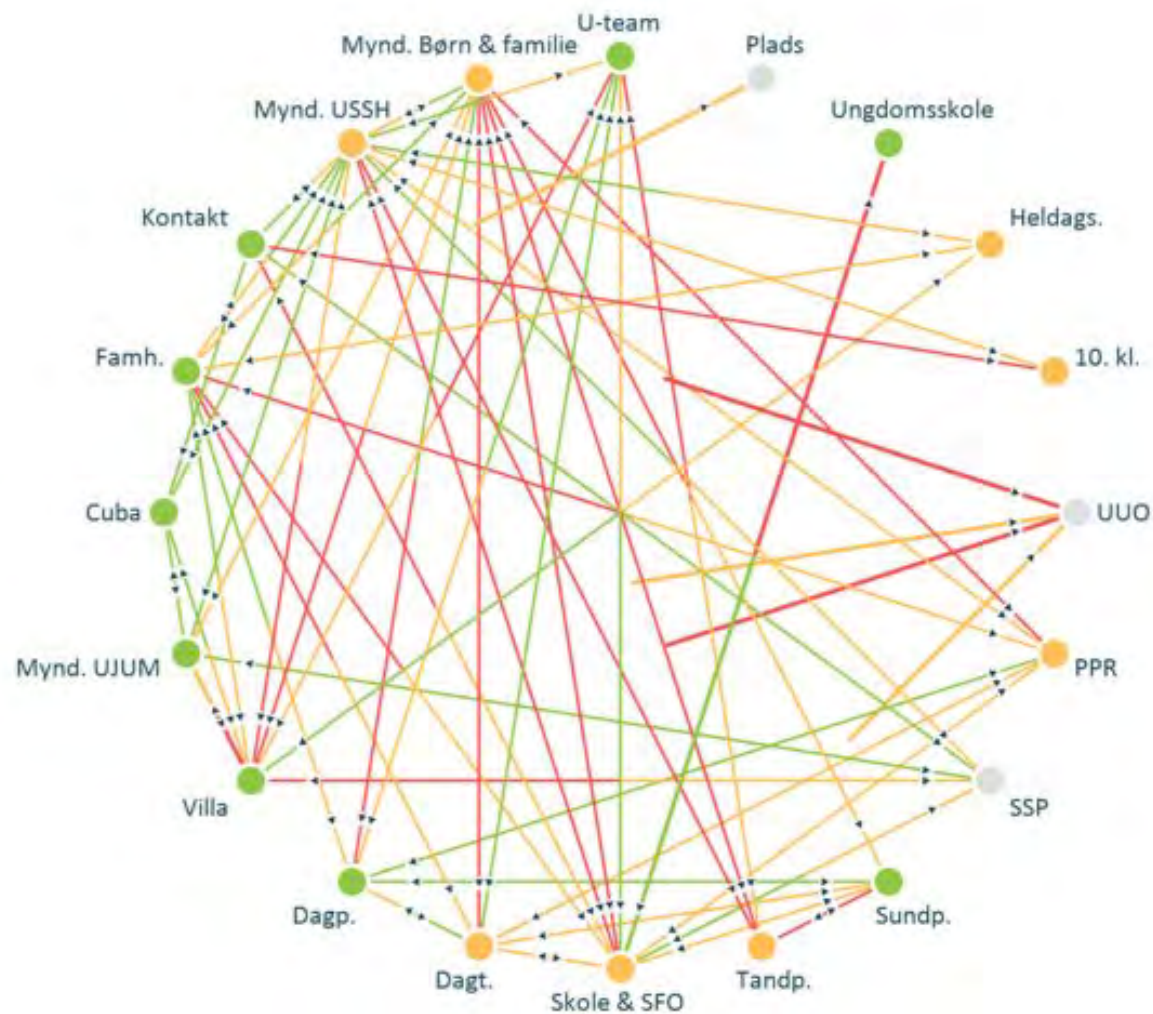
Symmetrisk og asymmetrisk Relationel Kapacitet

Vores erfaringer viser, at der er en tendens til at den relationelle kapacitet ofte opleves ret forskelligt afhængig af, hvem man spørger:

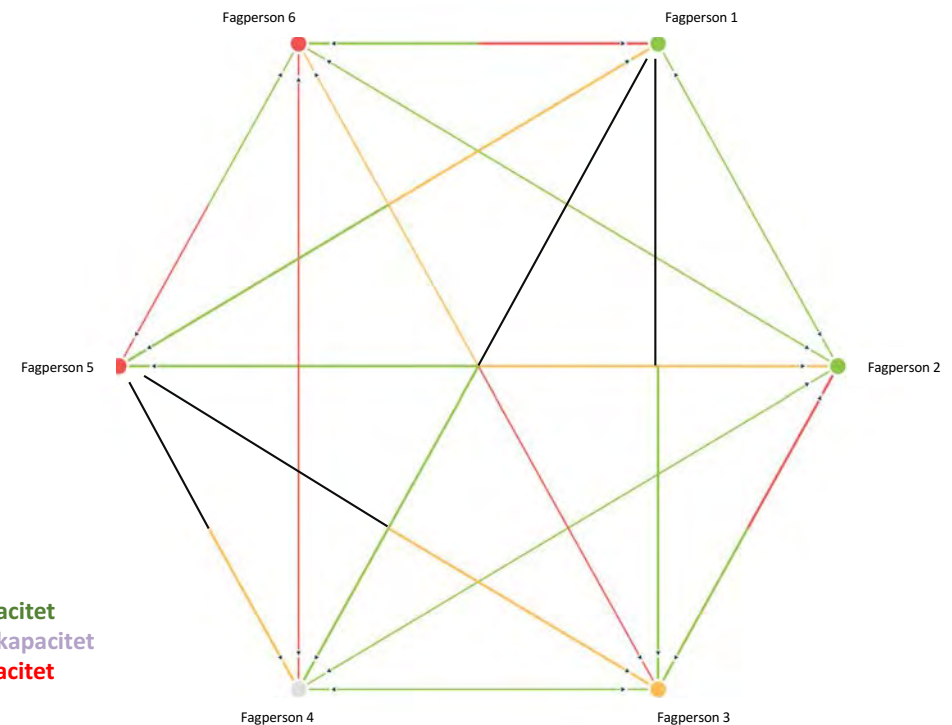
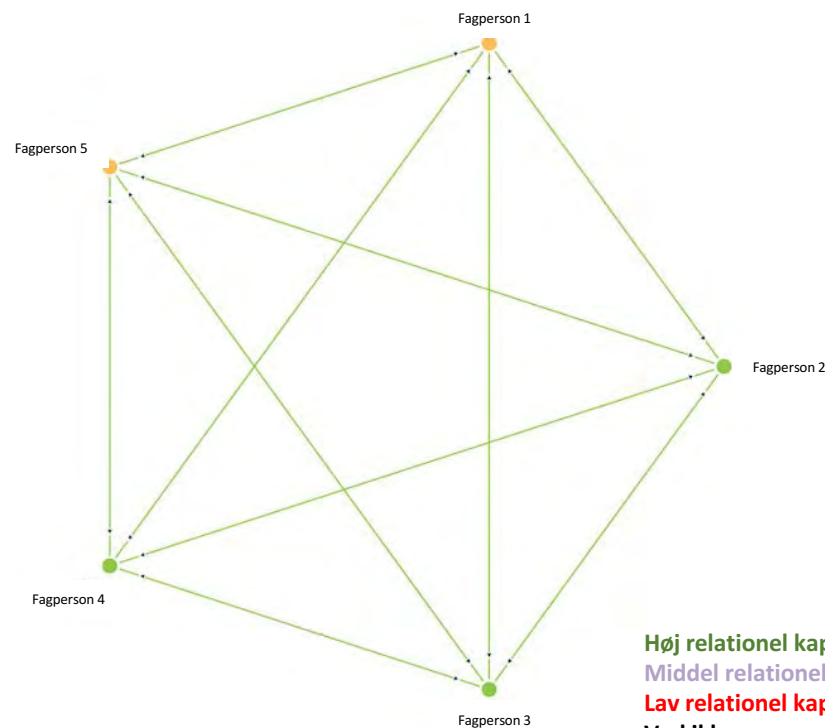
- Lederne oplever den relationelle kapacitet højere end medarbejdere.
- De faggrupper, der har de længste uddannelser oplever den relationelle kapacitet højere end deres kolleger med kortere uddannelser.
- Dem som afleverer en opgave videre til andre, vurderer typisk RK højere end dem, som modtager opgaven.
- Det kan være en stor udfordring fordi de grupper, der oplever den højeste relationelle kapacitet, ofte ikke har samme opmærksomhed på & incitament til at udvikle samarbejdet.



Analyse: Mellem funktioner/faggrupper (udsatte børn):



Analyse: Mellem fagpersoner på enkelte borgersager:



Analyse: Emnerne

Enhed 1



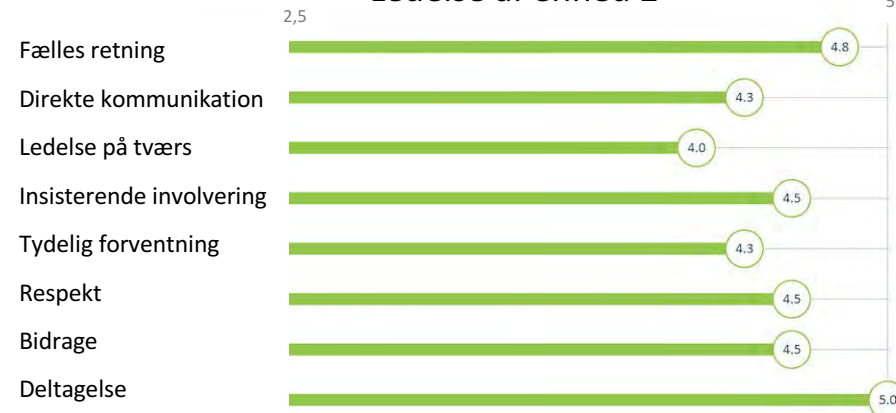
Enhed 2



Ledelse af enhed 1



Ledelse af enhed 2



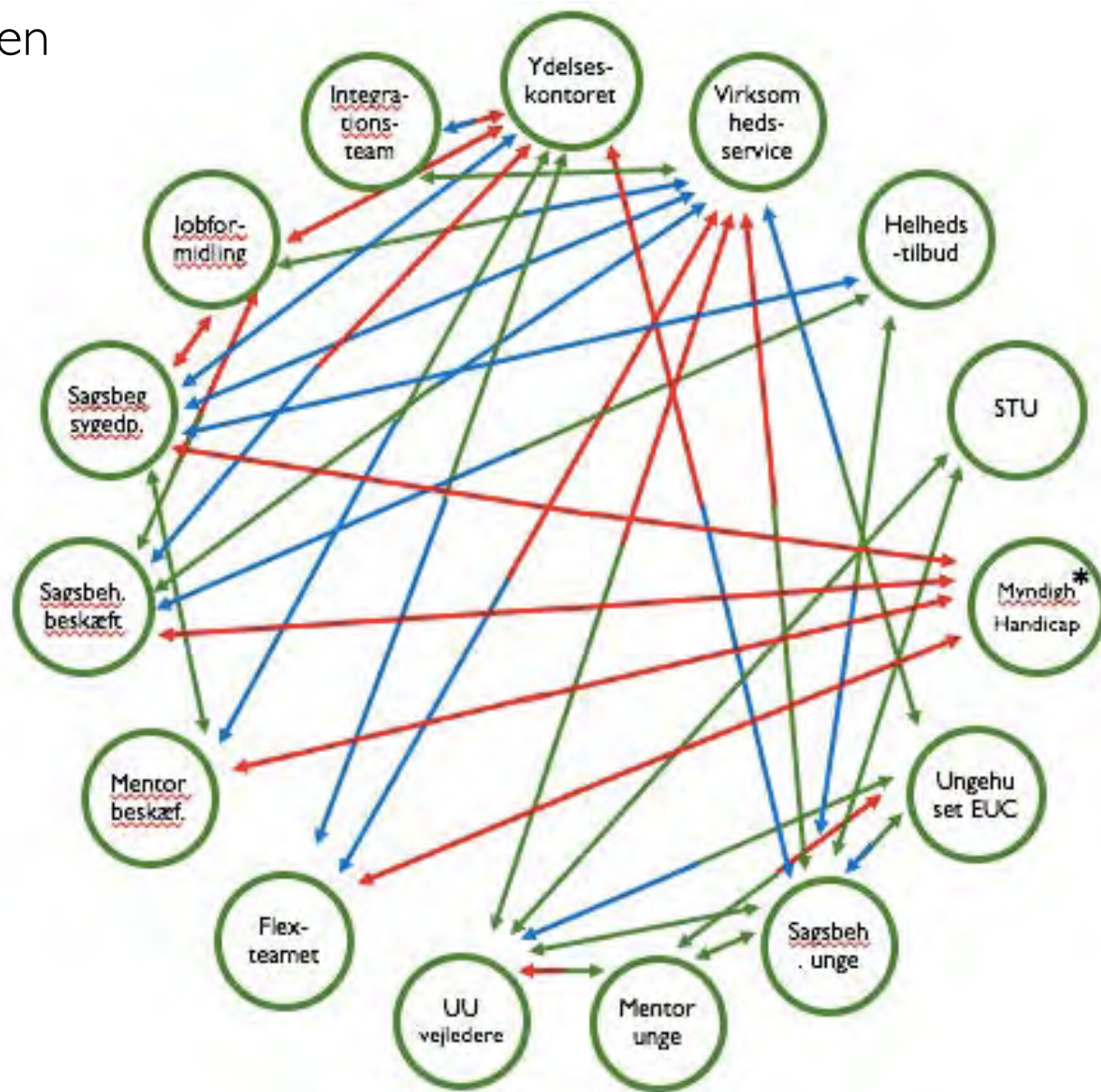
Sep 2016 diagram over den Relationelle Kapacitet

Høj over 4,0

Middel 3,5 – 3,9

Lav under 3,5

Dette diagram illustrerer alle gruppers besvarelse "om" hinanden og internt i egen gruppe. Pilene fra en gruppe, viser denne gruppes besvarelse om gruppen pilen peger på. Cirklerne om grupperne er besvarelserne om egen gruppe.



* Både til og fra Myndighed HC bruges her tal fra pilotprojekt Maj 2016

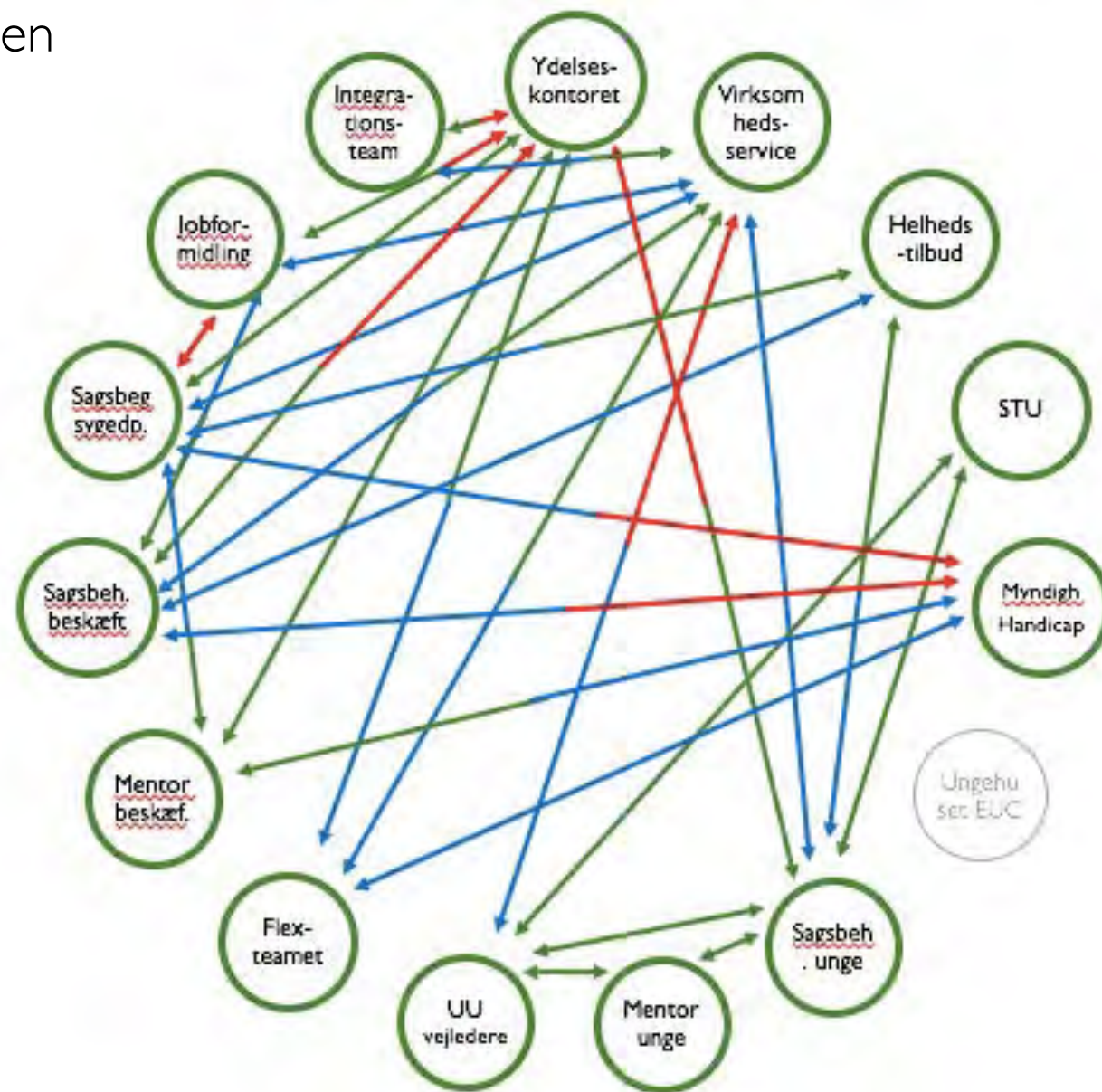
Sep 2017 diagram over den Relationelle Kapacitet

Høj over 4,0

Middel 3,5 – 3,9

Lav under 3,5

Dette diagram illustrerer alle gruppers besvarelse "om" hinanden og internt i egen gruppe. Pilene fra en gruppe, viser denne gruppes besvarelse om gruppen pilen peger på. Cirklerne om grupperne er besvarelserne om egen gruppe.



Hvordan ser vi borgerne?

jointaction

jointaction

Borgernes Organisation?



Hvordan ser vi borgeren?

Transaktionsmodel

- Borgeren som en der har ret til ydelser
- Det offentlige leverer ydelser
- Borgerens mangler eller handicap definerer ydelser

Borgeren bliver til gennem sine 'underskud'

Samarbejdsmodel

- Borgeren og det offentlige indgår i et samarbejde
- Ydelser skabes i samarbejde
- Borgerens ønsker til eget liv er afsæt for ydelser

Borgeren bliver til gennem sine ønsker til eget liv

Dobbeltpositionering

	Myndighedsposition	Myndiggørende position
Syn på borgeren	Borgeren har rettigheder og skal behandles i henhold til lovens intention.	Borgeren har en unik livssituation samt ressourcer til at mestre denne.
Interventionshensigt	Komme til en afgørelse og loyalt følge disse. Reducerer borgerens handlemuligheder.	Facilitere en helhedsindsats, der gør borgeren bedst muligt i stand til at klare sig selv. Øger borgerens handlemuligheder.
Professionel selvforståelse	Jeg følger loven og forholder mig til fakta.	Jeg er pragmatisk og gør det der skal til for at opnå ønsket udbytte.
Samarbejde med borgeren	Som udgangspunkt ikke nødvendigt, da afgørelser baseres på data.	Det er i samarbejdet, at løsninger opstår, hvorfor dette er altafgørende.
Relation	Asymmetrisk – magten ligger hos sagsbehandleren.	(A)symmetrisk – magten er både hos sagsbehandler og borger.
Viden	Borgeren er skærmet af for deltagelse i sagsbehandlerens fortolkning af viden. Lukkethed og afskærmning.	Borgeren er involveret i fortolkning af data og introduceres løbende for professionelle vurderinger. Transparens og åbenhed.

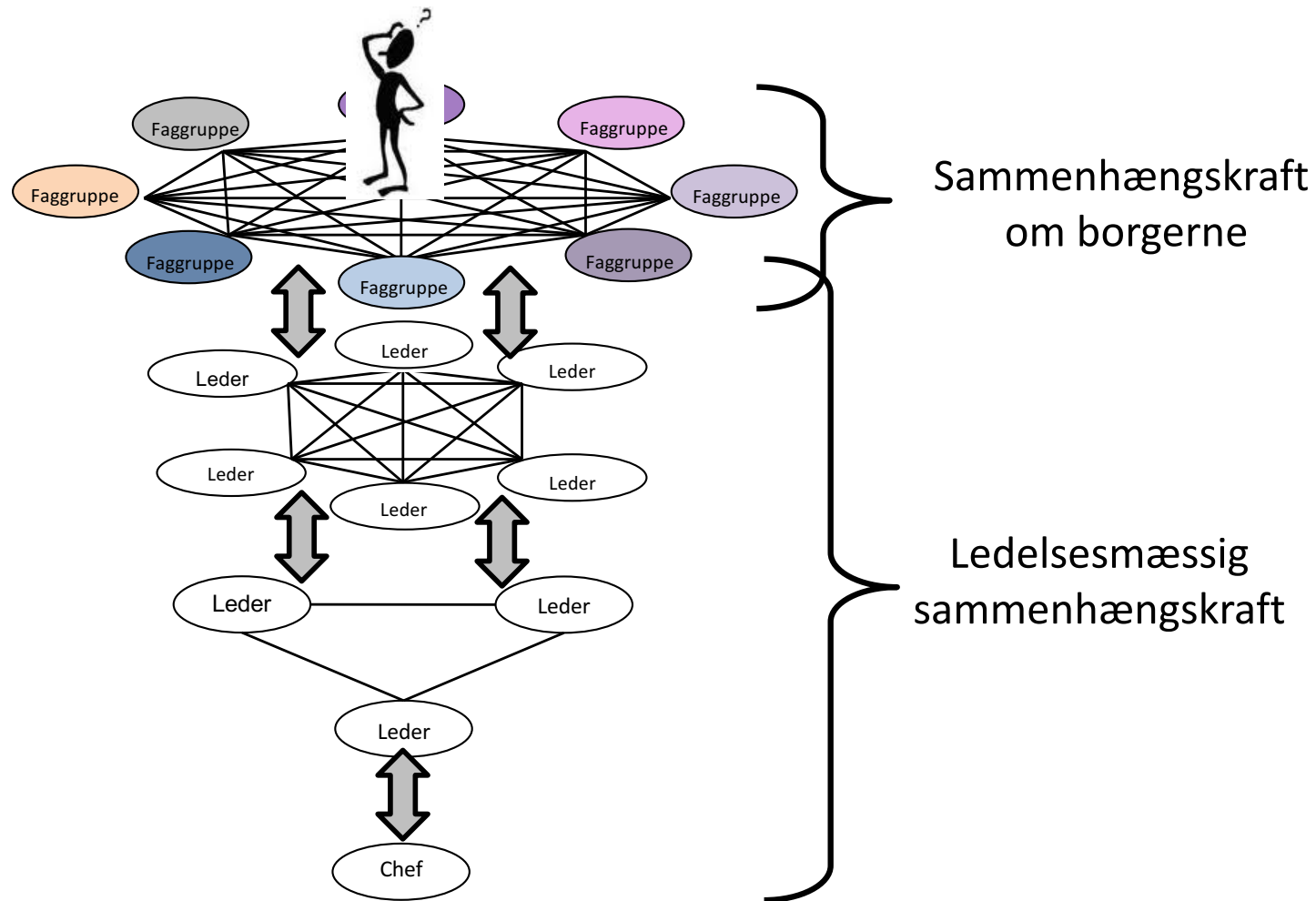


Kultur og ledelse

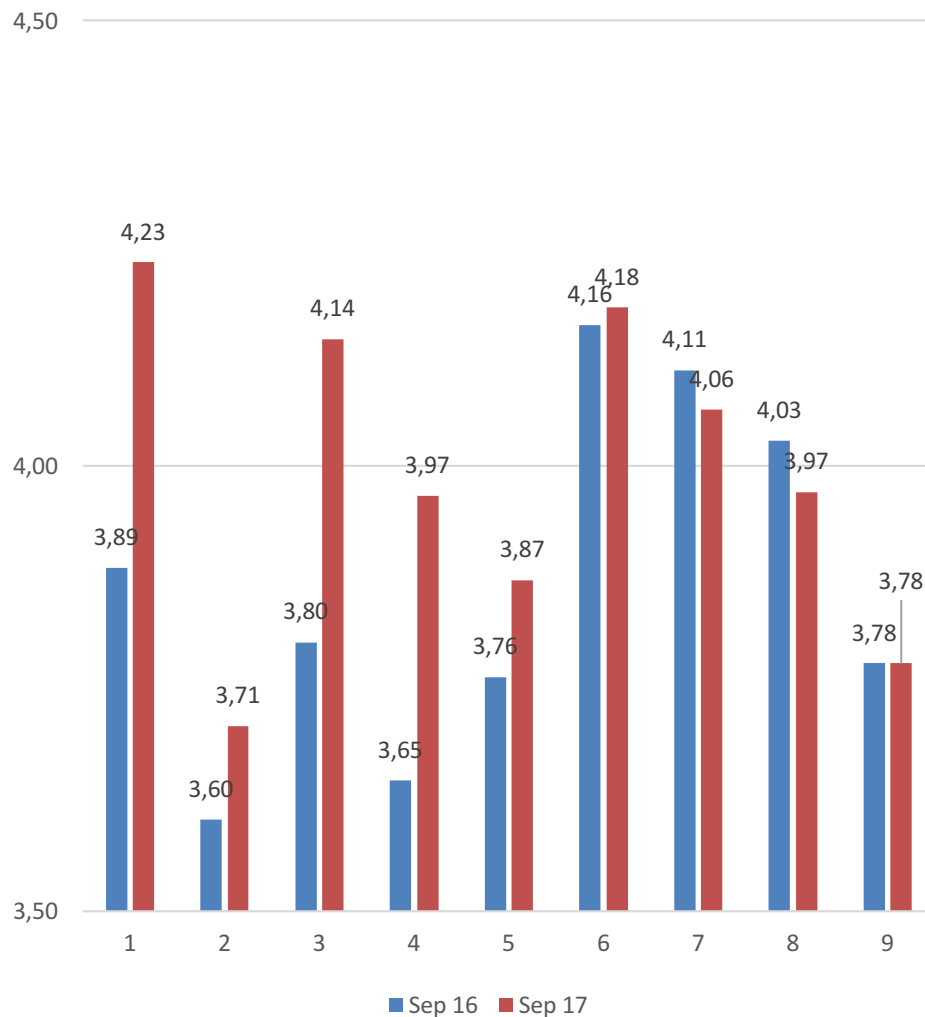
jointaction

jointaction

Relationel kapacitet:

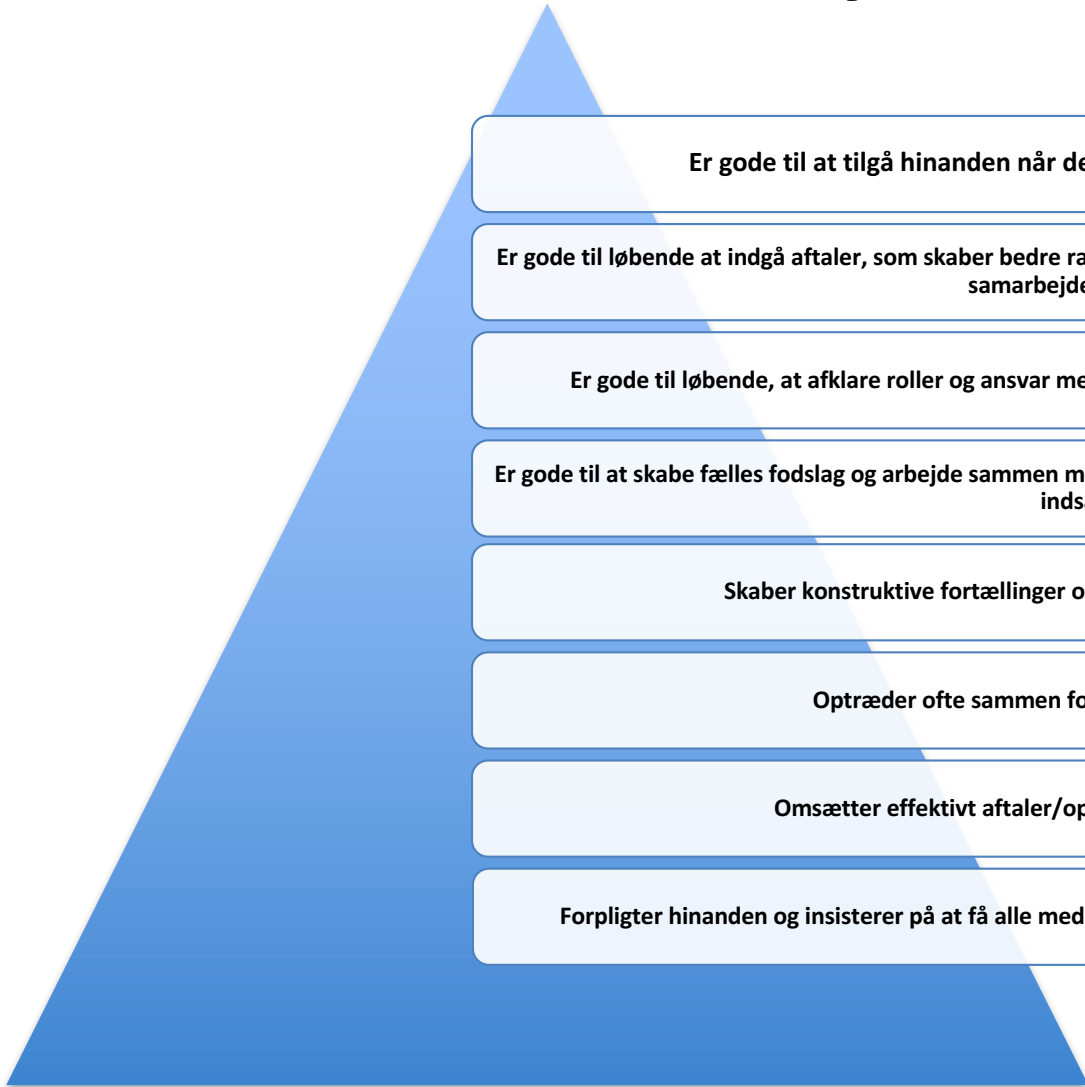


Ledelse: 2016 vs. 2017



- +
1. Ledelsen arbejder aktivt med at synliggøre strategier og mål for arbejdet med at få flere borgerne i målgruppen i arbejde eller til at påbegynde en uddannelse.
 2. Der er mulighed for en direkte dialog med chefer/direktører, når der træffes beslutninger, der har en stor indflydelse på min hverdag.
 3. Ledelsen arbejder aktivt med at udvikle samarbejdet på tværs af enhederne i Beskæftigelsesforvaltningen.
 4. Ledelsen arbejder aktivt med at udvikle samarbejdet med andre forvaltninger.
 5. Ledelsen sikrer, at jeg ved, hvordan jeg skal bidrage til samarbejdet på tværs af enhederne.
 6. Ledelsen respekterer og anerkender mine bidrag til arbejdet.
 7. Ledelsen giver mig mulighed for at bidrage med mine ideer, erfaringer og kompetencer til at udvikle vores arbejde.
 8. Ledelsen involverer mig i at finde løsninger på de udfordringer, der vedrører mine opgaver og ansvarsområder.
 9. Ledelsen sikrer, at alle involverende bidrager aktivt og konstruktivt til at udvikle arbejdet.

Vigtige opmærksomhedspunkter til ledelsesmæssigt at understøtte RK, ledere der lykkes..



Er gode til at tilgå hinanden når der er brug for sparring/assistance.

Er gode til løbende at indgå aftaler, som skaber bedre rammer for at deres medarbejdere kan tilgå hinanden og samarbejde effektivt.

Er gode til løbende, at afklare roller og ansvar med hinanden ift. aktuelle dagsordener/strategier.

Er gode til at skabe fælles fodslag og arbejde sammen mod fælles mål, vedholdende og med sammenhængende indsats.

Skaber konstruktive fortællinger og koordinerer deres udmeldinger.

Optræder ofte sammen foran deres medarbejdere.

Omsætter effektivt aftaler/opmærksomheder til handling.

Forpligter hinanden og insisterer på at få alle med! – alle relevante faggrupper og alle lederkolleger

Kulturudvikling er altid paradoksalt



'Den kultur hvorfra vi kommer, påvirker den måde vi kommunikerer, og den måde vi vælger at kommunikere kan ændre den kultur vi deler!'

Fortællingens betydning er altid kolossal

Den kulturelle faktor

- Se sig selv som en central aktør i et langt større net af relationer
- Fremkalde et udadvendt mindset i stedet for et indadvendt mindset
- At få den relationelle nysgerrighed frem, kan være med til at afføde en større grad af fælles generøsitet til gavn for opgaveløsningen
- Vær opmærksom på alle de sammenhænge, hvor vi er afhænge af andre for at lykkes med at skabe resultater og opmærksom på, hvor de andre er afhængige af os.
- Vær opmærksom på hvilke historier, vi har om de andre, vi skal samarbejde med.

Et eksempel

- *"Før sad vi (i socialafdelingen red.) og talte om dem (i beskæftigelsesafdelingen) som vores modstandere – de ville ikke 'vores borgere' det bedste. Når der var fælles møder, så vi os selv som borgernes bisiddere, advokater, der skulle forhindre overgreb. Vi så både lovgivning, opdelt økonomi og vidt forskellige faglige optikker, som store udfordringer. Med initiativet med fokus på en forstærket tværgående indsats, blev vi sat sammen for at finde fælles løsninger. Så det, der før var historier om 'umulighederne', ser vi nu på som mulighederne. Når der er en risiko for, at borgerne kan komme i klemme i systemet af paragraffer og økonomi, så tager vi fælles ansvar for at finde den bedste løsning for borgerne. Hvor vi (lederne red.) før var med til at skabe en kultur af modsætning, både ved ikke at gribe ind eller måske ligefrem ved selv at bidrage med dårlige eksempler, så går vi nu en anden vej. Hvis en leder hører om en udfordring, så går vi direkte til dem, der har aktier i udfordringerne, og finder en fælles løsning. Og på de indre linjer, eksempelvis på personalemøder, sætter vi fokus på at dele viden og erfaringer fra de mange eksempler, der er på at lykkes i fællesskab."* (Leder af Bostøtte)

*Sammenfatning:
Relationel kapasitet er...*

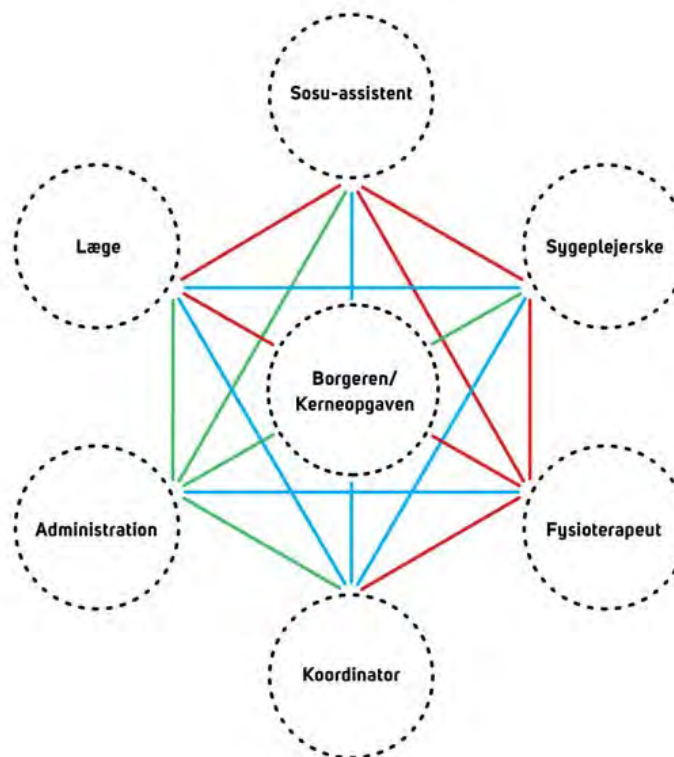
jointaction

jointaction

Et sprog
for den
tværgående faglighed og praksis

T

Kortlægningsredskab som skaber overblik over og fælles orientering omkring den fælles opgave



Analyseværktøj til måling på og evaluering af kvaliteten af de tværgående relationer

Joint
Action
Analytics



**Hvornår er det vigtigt
og
hvorfor er det vigtigt?**

Relationel kapacitet er særligt vigtigt

Når der er tale om **komplekse opgaver** hvor:

- Der er en høj grad af **gensidig afhængighed** ift. til at lykkes med samarbejdet og den fælles opgave.
- Der er en **usikkerhed** omkring, hvordan vi skal løse opgaverne.
- Vi er under **tidspres** (ressourcepres).

Relationel kapasitet

- En kort refleksjon

jointaction

jointaction

Refleksioner om Relationel kapacitet

- *Hvad har du fået øje på af muligheder med relationel kapacitet?*
- *Hvad er du blevet særligt optaget af som inspiration til egen arbejdshverdag?*
- *To og to sammen i 10 minutter (5 minutter til hver)*

Samarbejdsdiamanten - jeres tur

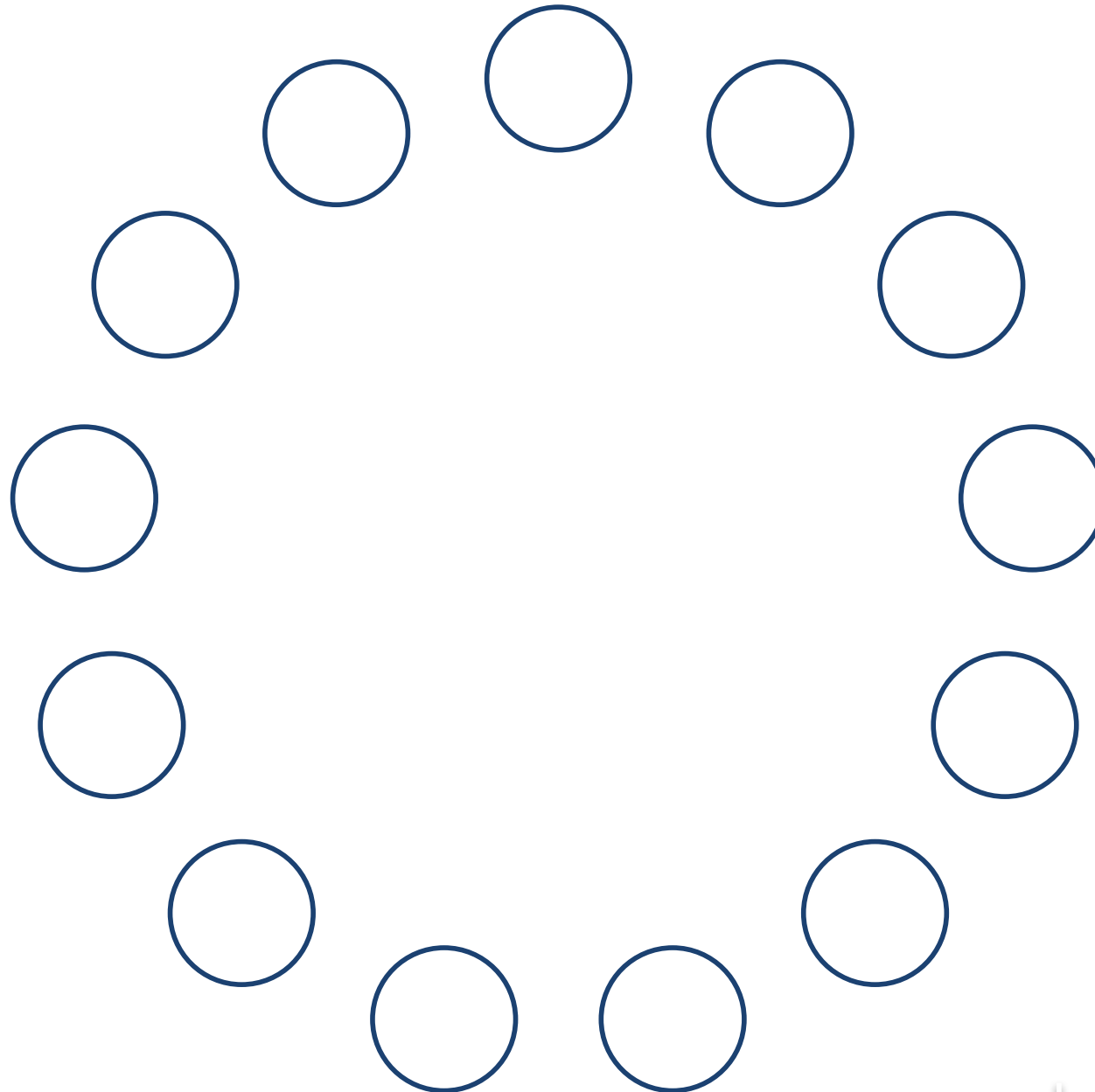
jointaction

jointaction

En kortlægningsøvelse...

*Hvordan ser det ud med den
Relationelle Kapacitet på tværs af
dine vigtigste samarbejdsrelationer
omkring borgere med
dobbeltproblematikker?*

Samarbejde omkring borgere med dobbeltproblematikker



En kortlægningsøvelse

Dem, som kommer fra kommunerne, laver lister med de funktioner/aktører/enheder, de har, der er involveret i arbejdet med borgere med dobbeltdiagnoser.

Dem, som kommer fra regionerne, laver lister med de funktioner/aktører/enheder, de har, der er involveret i arbejdet med borgere med dobbeltdiagnoser.

Herefter tager I i fællesskab de væsentligste funktioner/aktører/enheder i forhold til samarbejdet på tværs af region og kommuner omkring borgere med dobbeltdiagnose.

Vi ved godt, at der også er meget at hente på de interne linjer i kommunerne og i regionerne, men i dag er det samarbejdet på tværs, som er i fokus.

Samarbejde omkring borgere med dobbeltproblematikker

God samarbejdsevne
Middel samarbejdsevne
Lav samarbejdsevne

1. Identificér aktører

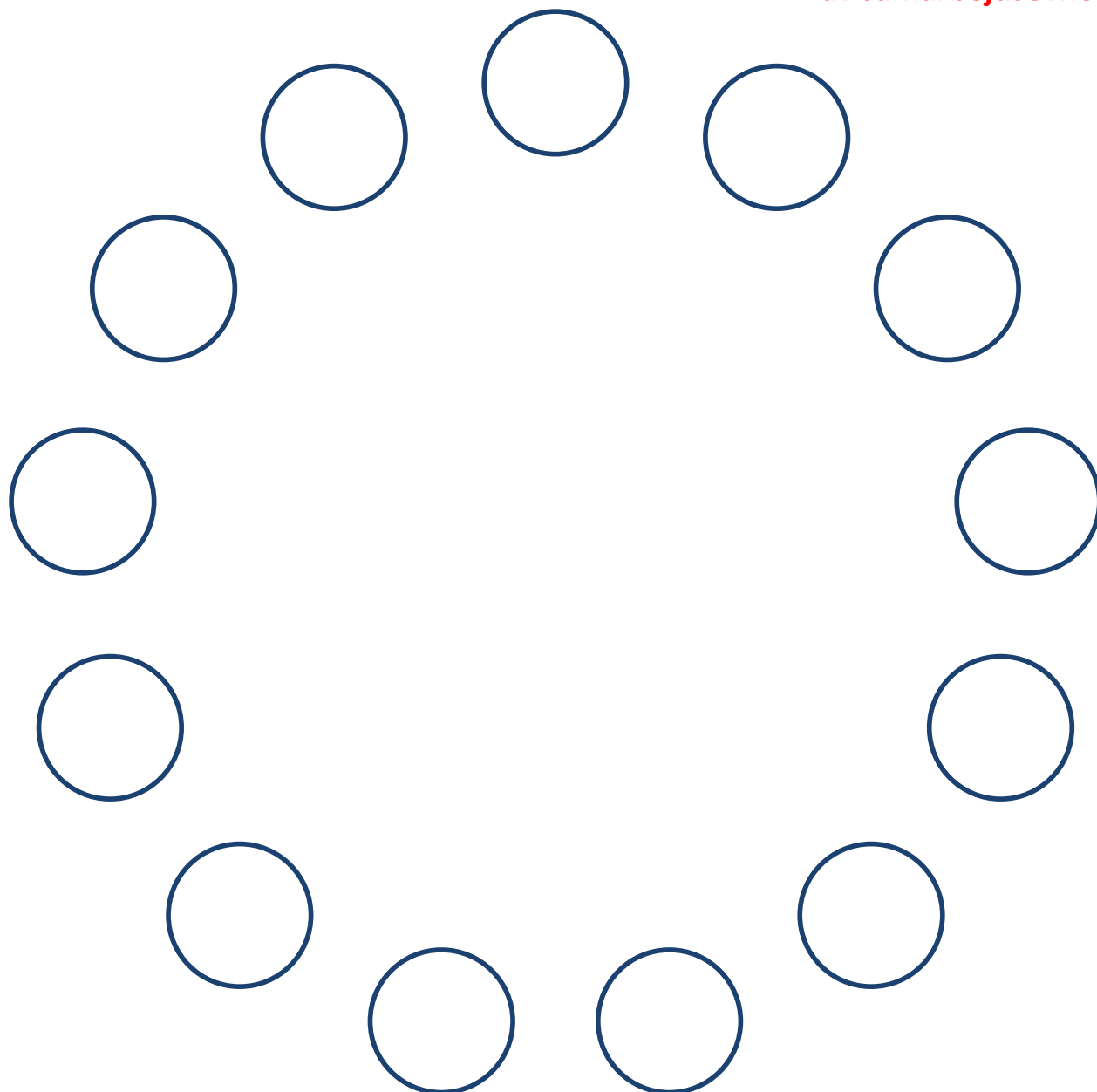
Hvem er de væsentligste samarbejdsaktører i netværket omkring borgere med dobbeltdiagnose? - Indskriv dem i boblerne.

2. Kvaliteten af samarbejdet/relationerne

Sæt jer på skift i hver aktørs sted og vurdér fra deres perspektiv, hvilken kvalitet/farve hver af samarbejdsrelationerne har i dette samarbejdsnetværk set fra deres position.

3. Vigtige udviklingspunkter

Tag en fælles drøftelse af de vigtigste udviklingsmuligheder i samarbejdet på tværs.



Optegn først kredsen af aktører

Bostøtte

Substi.
behandling

Civilsamfunds-
aktiviteter

Hjemmepleje

Familieindsats

Regionspsykiatri
, indlæggelse

Regionspsykia-
tri ambulant

Alkohol-
behandling

Myndigheds
rådgivere

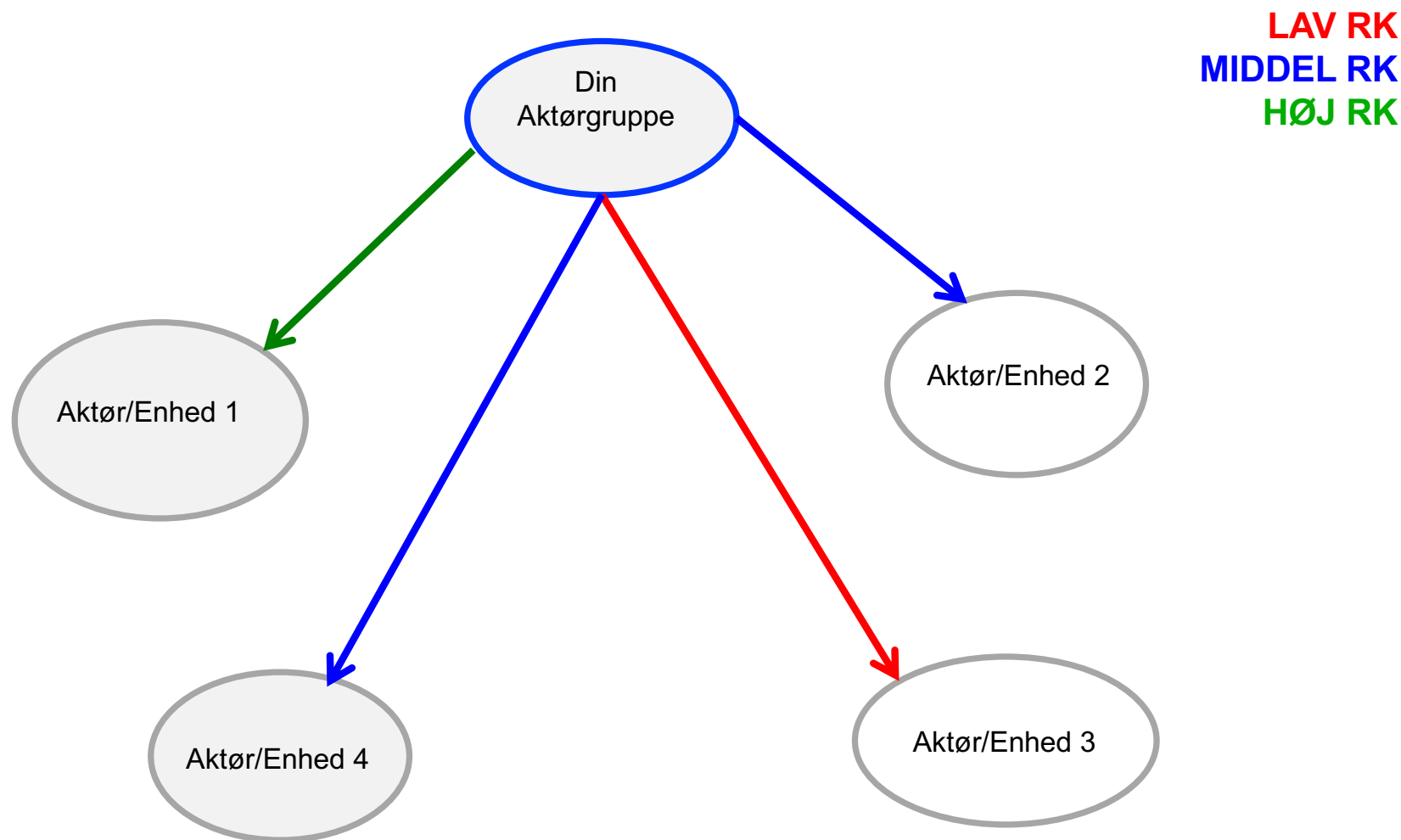
Dagcenter
misbrug

Motivations-
huset

Beskæftigelse
sagsbehand-
lere

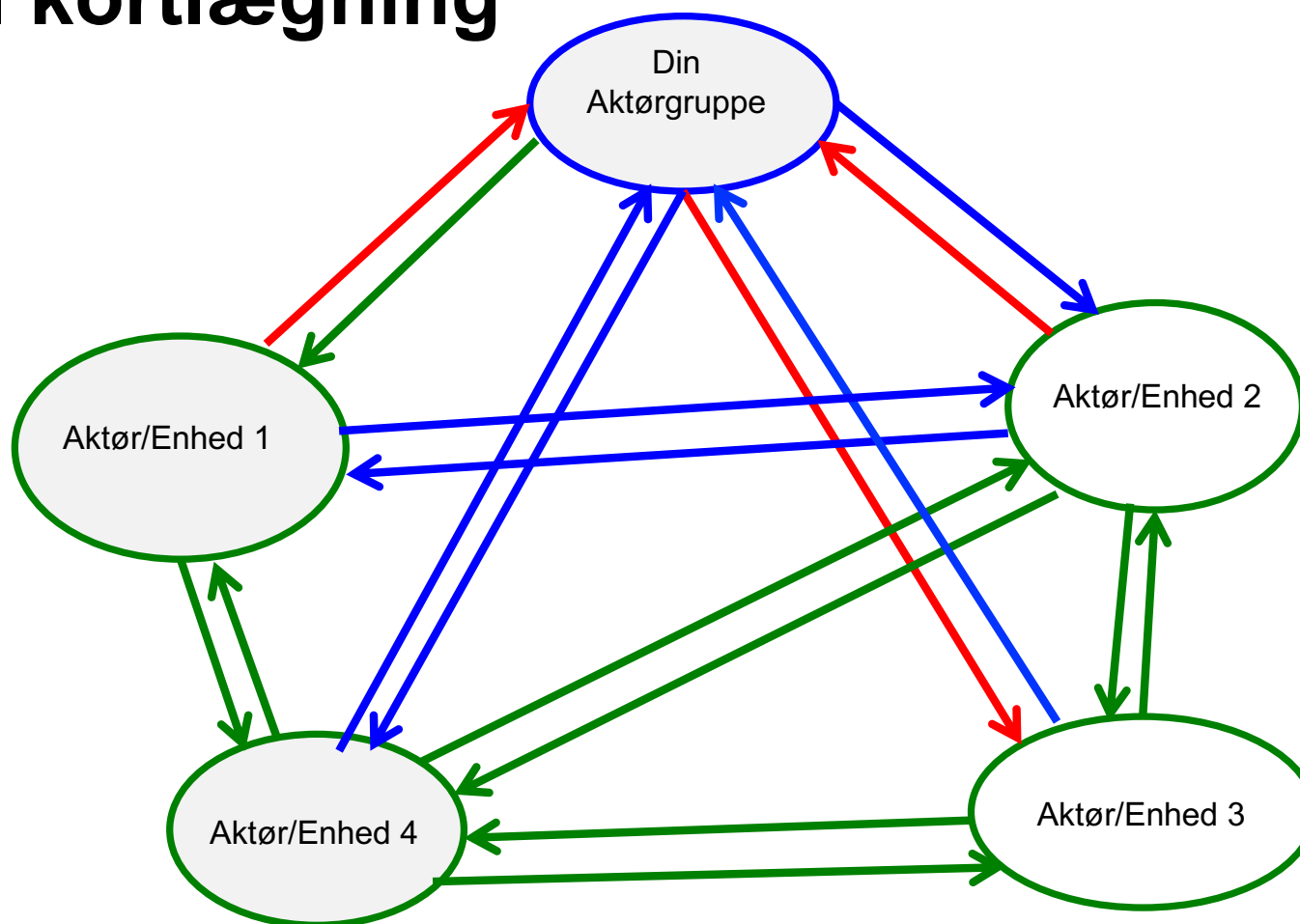
Vælg de vigtigste samarbejdsfunktioner

Evaluer kvaliteten af relationerne omkring borgere med dobbeltproblematikker ...



- Vurder kvaliteten af samarbejdet i relationerne (tværgående RK)

Næste skridt – inviter samarbejdspartnerne ind til kortlægning



- Åben op for deres perspektiver
- Vurder resten af relationerne

LAV RK
MIDDEL RK
HØJ RK

Samarbejde omkring borgere med dobbeltproblematikker

God samarbejdsevne
Middel samarbejdsevne
Lav samarbejdsevne

1. Identificér aktører

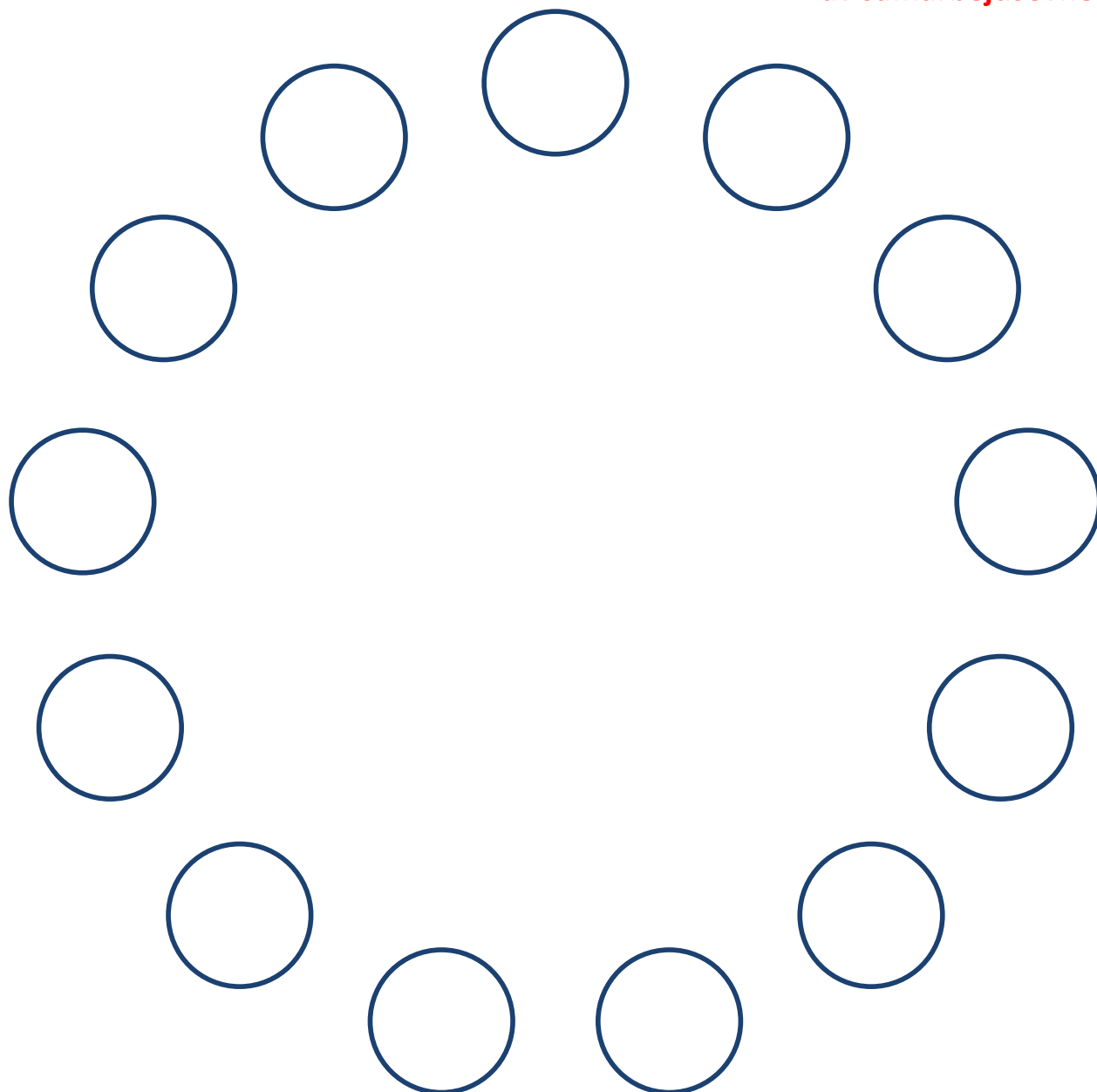
Hvem er de væsentligste samarbejdsaktører i netværket omkring borgere med dobbeltdiagnose? - Indskriv dem i boblerne.

2. Kvaliteten af samarbejdet/relationerne

Sæt jer på skift i hver aktørs sted og vurdér fra deres perspektiv, hvilken kvalitet/farve hver af samarbejdsrelationerne har i dette samarbejdsnetværk set fra deres position.

3. Vigtige udviklingspunkter

Tag en fælles drøftelse af de vigtigste udviklingsmuligheder i samarbejdet på tværs.



Del 2 - Perspektivforskydninger...

Gruppen vælger de spørgsmål, der er væsentligst for dem.

- *Hvad er opgaven og det/de fælles mål egentlig?*
- *Hvad vil hver af aktørerne/funktionerne sige er deres vigtigste bidrag til denne opgaveløsning?*
- *Hvad vil hver af aktørerne/funktionerne mene er hver af de andre samarbejdspartneres vigtigste bidrag til opgaveløsningen?*
- *Hvad vil ledelsen sige er vigtigst ift. opgaven og samarbejdet?*
- *Hvor er de vigtigste samarbejdsrum og snitflader i samarbejdsnetværket?*
- *Hvilke samarbejdsrelationer skal fungere på et højt niveau for at lykkes med opgaven?*
- *Hvad er det der fungerer særligt godt i dette samarbejdsnetværk?*
- *Hvilke relationer i netværket er præget af de største samarbejdsudfordringer?*
- *Kunne der være andre vigtige/vanskelige opgaver, hvor de samme samarbejdsudfordringer gør sig gældende?*

Hjemmeopgave - 1:

- Tag fat i én (flere) af jeres samarbejdspartnere – hvor der er et udviklingspotentiale.
- Brug emnerne fra Relationel Kapacitet til at undersøge deres oplevelse af samarbejdet:
- Hvordan oplever du samarbejdet med os:
 - Har du/dine medarbejdere et stort kendskab til vores opgaver & faglige viden?
 - Oplever du, at vi bidrager aktivitet til samarbejdet?
 - Oplever du, at vi hjælper jer med at løse de problemer, der opstår?
 - Oplever du, at vi respekterer jeres faglige viden og bidrag til opgaveløsningen?

Hjemmeopgave 2:

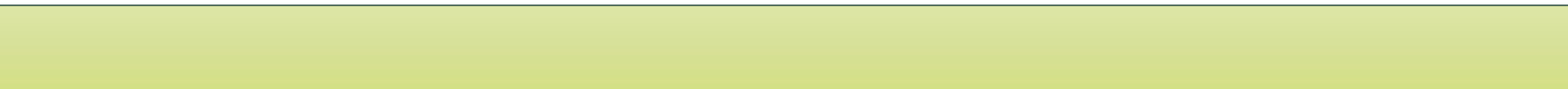
- Undersøg hvordan koordinerende indsatsplaner bruges på din arbejdsplads/i din organisation
- Afprøv redskabet, når og hvis du arbejder sammen med en borger, hvor en koordinerende indsatsplan er oplagt:
 - Målgruppen er borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien
 - og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger
 - Skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der sættes i værk i psykiatrien og den kommunale rusmiddelbehandling
 - Øvrige indsatser på det somatiske, sociale og/eller beskæftigelsesområde mv. kan inddrages, hvis det vurderes relevant



Dobbeltdiagnose

Misbrug og psykiatri

Danny Reving
Overlæge i psykiatri
KABS Glostrup



Dagsorden

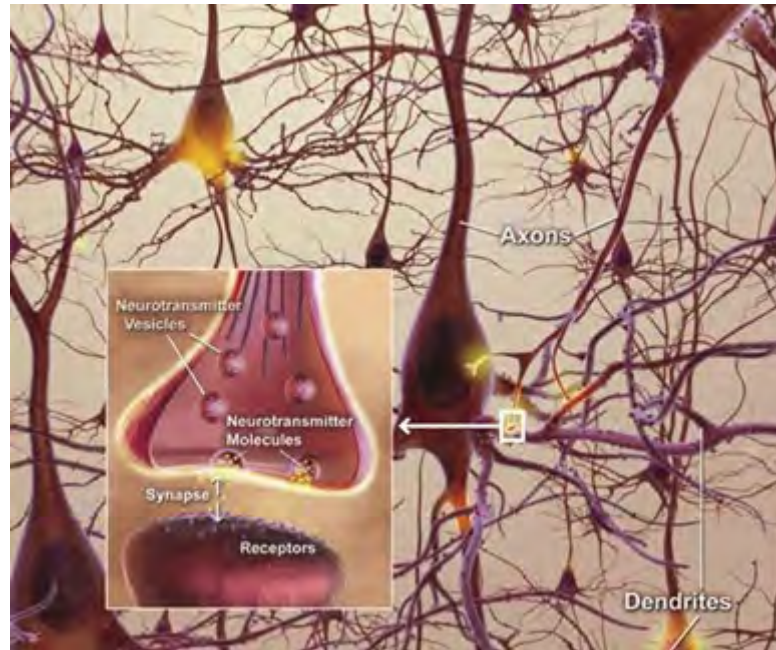
- Basal neurobiologi
- Belønningssystemet
- Stofgrupper
 - Upper
 - Kokain/amphetamin
 - Downer
 - Opioider
 - Cannabis
 - Alkohol
 - GHB/GBL
- Psykiatriske diagnoser
- Dobbeldiagnose-cases

Tidsplan

- 9:00 – 10:00
- Pause 10:00 – 10:15
- 10:15 – 11:00
- Pause 11:00 – 11:15
- 11:15 – 12:00

- Cases i grupper 13:00 – 14:00

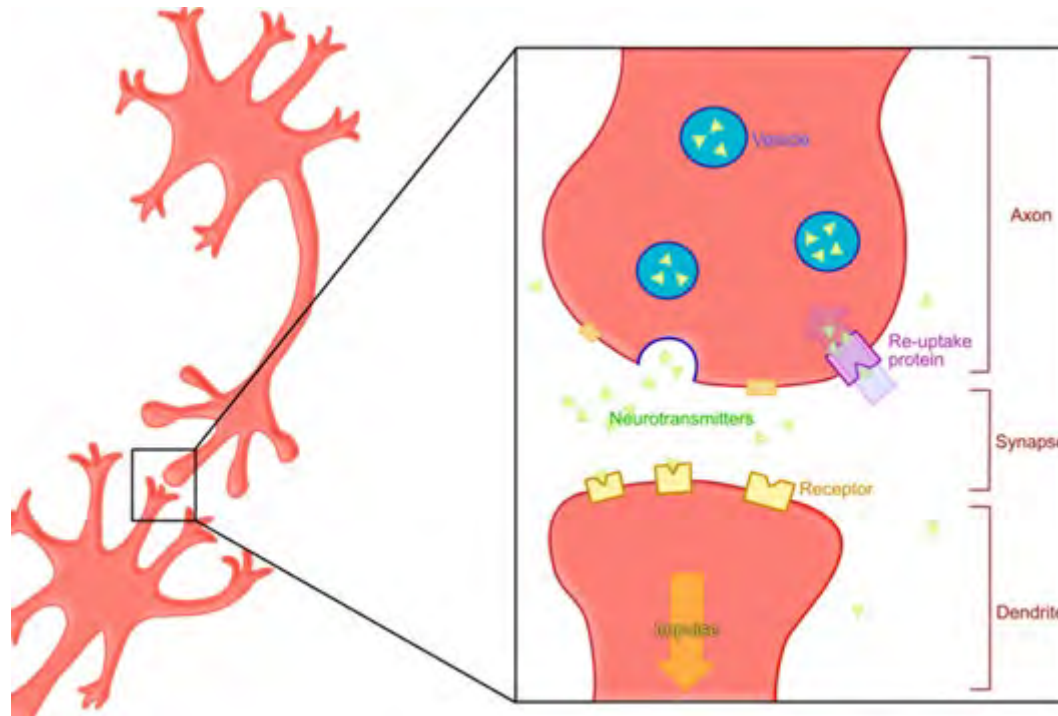
Neuronet



Kommunikation mellem neuroner

- Nervesystemets mindste funktionelle enhed kaldes et neuron = nervecelle. Det består af et cellelegeme og nogle udløbere.
- Neuroner kan kommunikere med hinanden via et komplekst samspil mellem elektriske impulser indenfor neuronet og afgivelse af kemiske stoffer mellem neuronerne

Neurotransmission



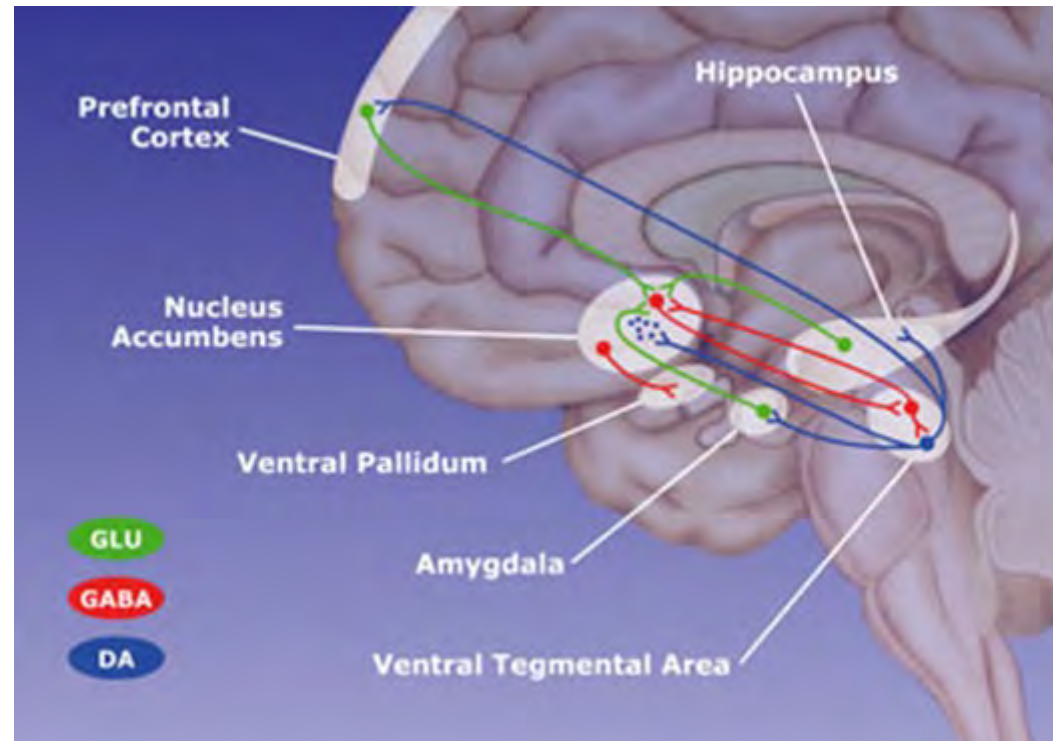
Transmitterstoffe

- Dopamin
- Serotonin
- Glutamat
- GABA
- Adrenalin
- Endorphin
- Noradrenalin

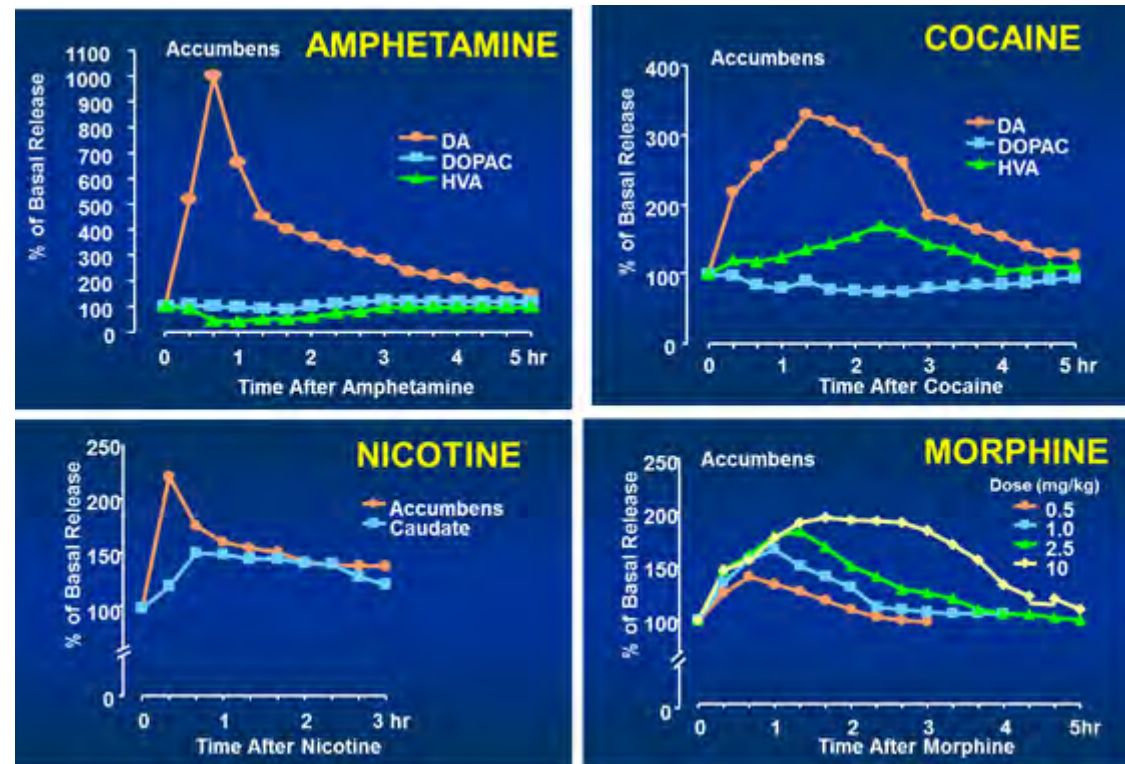
Transmitterstoffer

- Når transmitterstoffet frigives fra det ene neuron, optages noget af det af det andet neuron, og der kan udløses en elektrisk impuls fra dette (andet) neuron.
- Agonister: Passer som nøgle i lås og sætter en kemisk reaktion i gang.
- Antagonister: Passer som nøgle i lås, men sætter IKKE en kemisk reaktion i gang.

Belønningssystemet



Belønningssystemet



Belønningssystemet

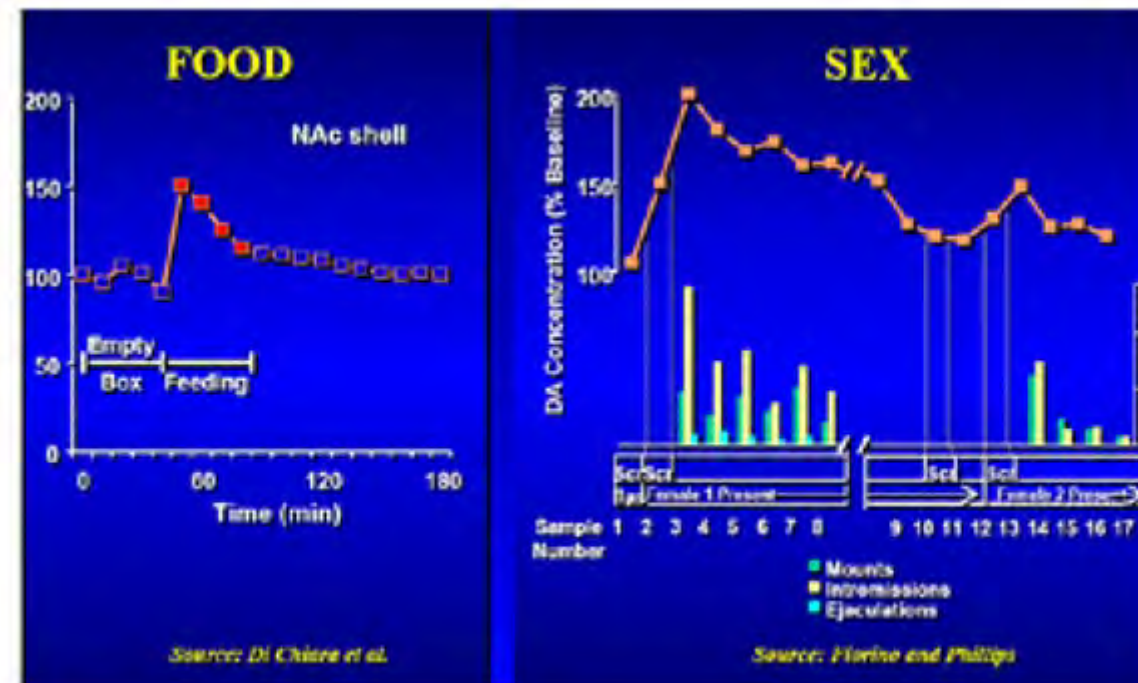


Figure 1A

Stofgrupper

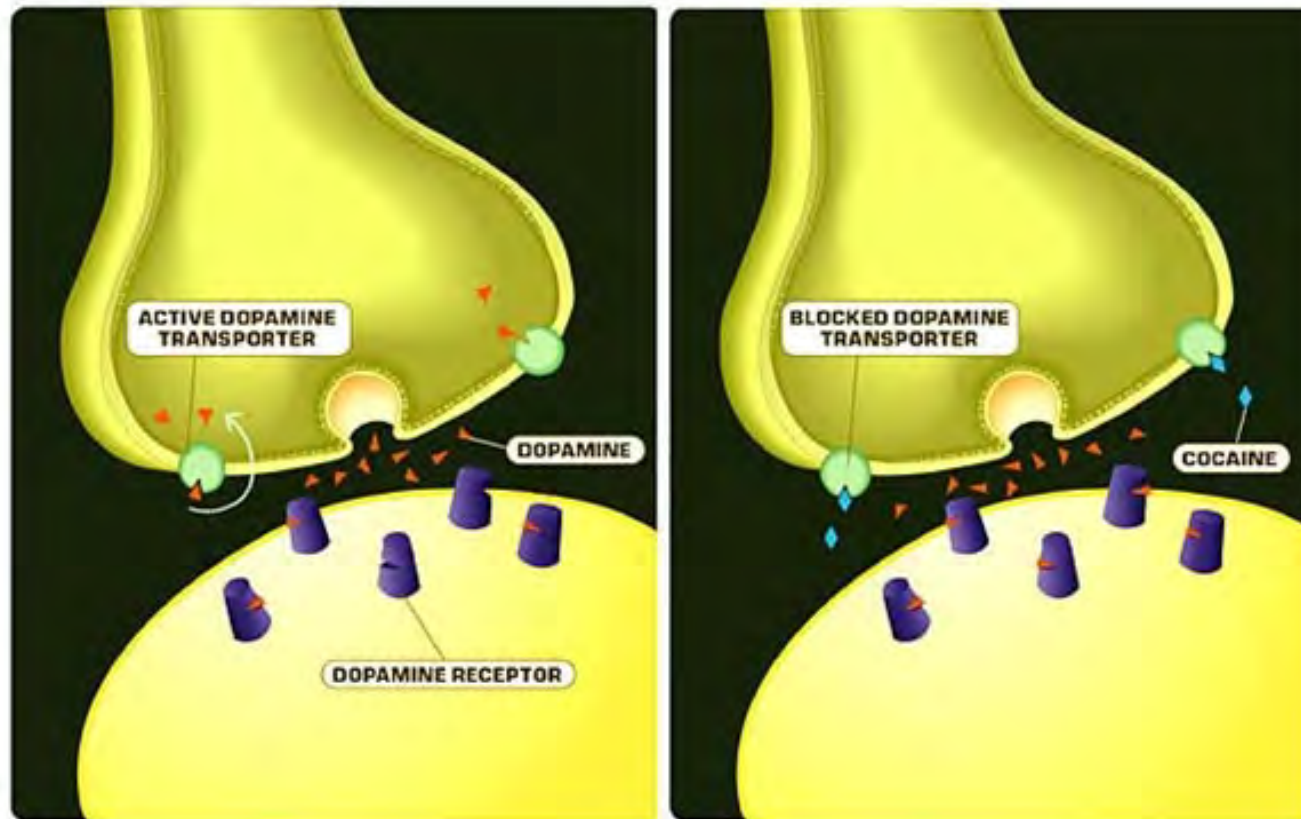
Sløvende/downers	Smerte, nerve, sovemedicin	Stimulerende/uppers	Psykedelika
Alkohol Cannabis Syntetisk cannabis Heroin/opium GHB/GBL	Morfika Benzodiazepiner Pregabalin Gabapentin Ketamin Lattergas	Kokain Amfetamin Methamfetamin MDMA Khat Mephedron Methylphenidat	MDMA LSD Psilocybin Meskalin 2-CB

Kokain

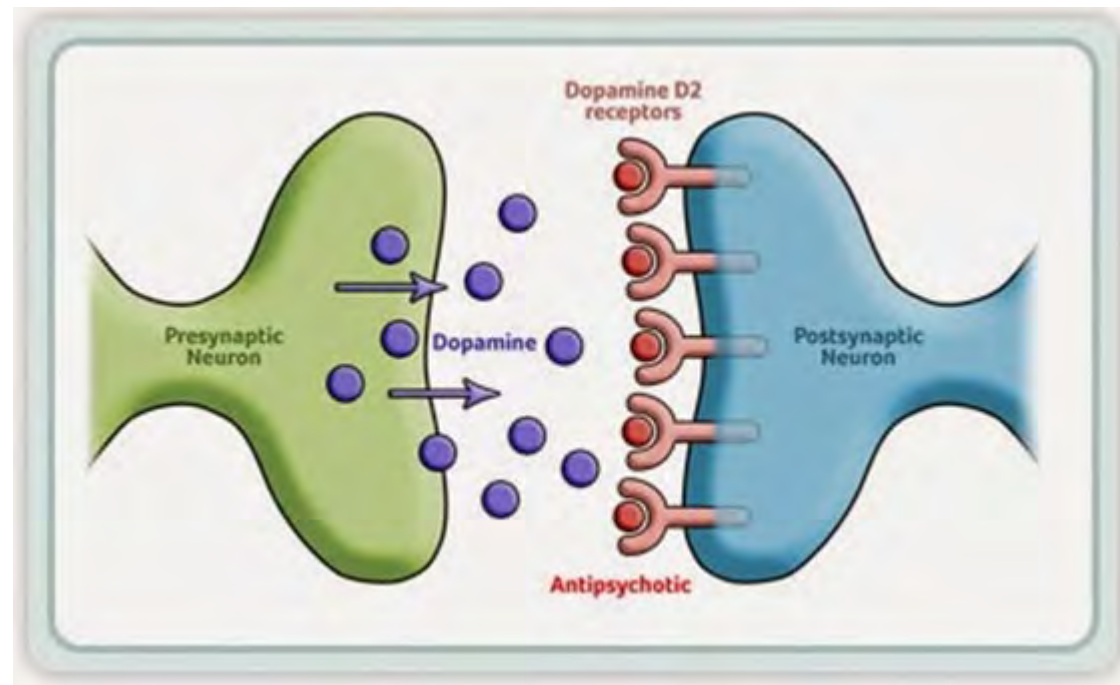
- Fremstilles af coca-plantens blade i sydamerika
- Sniffes, ryges (crack) eller injiceres
- Øger mængden af dopamin i hjernen
 - Bevægelse
 - Belønning



Kokain og dopamin-receptoren



Anti-psykotika



Ligevægt

- Hjernen vil søge ny ligevægt under udsættelse for højt dopamin niveau
- Reducerer antallet af dopamin-receptorer
- Defekte receptorer
- Nedbrud af belønningssystemet
- Fald i dopamin trods kokain
- Pseudo-depression, ulyst/anhedoni



Kokainabstinens og intoksikation

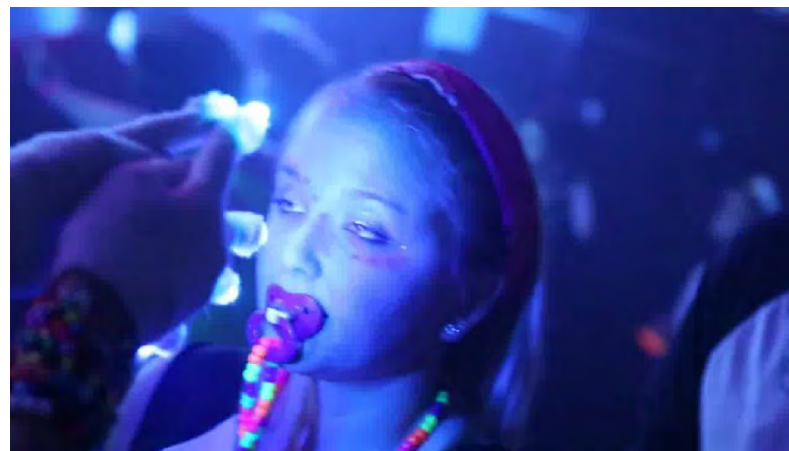
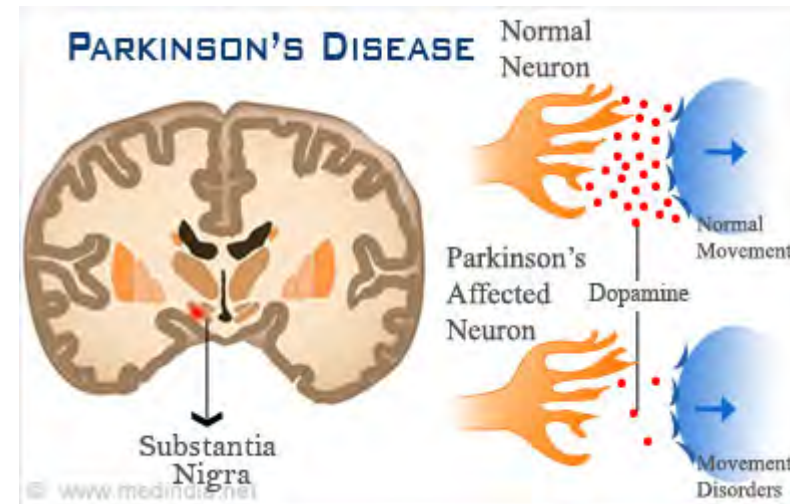
- Intet manifest abstinenssyndrom
- Psykisk afhængighed og trang
- Akut intoksikation
 - Symptomatisk behandling
 - BZD
 - Antipsykotika uden effekt, delvis kontraindikation
 - Sænket krampetærskel

Kokain og somatiske komplikationer

- Infektionssygdomme
 - Nasal pathway
 - Intravenøs pathway
- Kontraherer blodkar = højt blodtryk
- Øger kropstemperaturen
- Øger pulsen
- Kan medføre hjerteanfald og hjerneblødning

Kokain og bevægeforstyrrelser

- Dopaminerg destruktion
- Parkinsonisme
 - Tremor
 - Rigiditet
 - Demens
- Tardive dyskinesier
 - Ufrivillige gentagne bevægelser
 - BLM
 - Gumlen, tungebevægelser



Kokain og tilsætningsstoffer

- 85% indeholdt 3 eller flere
- 7 prøver indeholdt 15 forskellige
- Gennemsnitligt 8 forskellige

Primary cutting agent	Frequency (%)	Secondary cutting agent	Frequency (%)
Boric acid	100.0	Caffeine	59.1
Phenacetin	86.0	Creatine	49.4
Levamisole	66.5	Lidocaine	49.4
Hydroxyzine	53.7	Paracetamol	45.1
Diltiazem	49.4	Lactose	40.9
Inositol	39.6	Glucose	31.7
Mannitol/sorbitol	37.2	Sucrose	22.0
Dimethyl terephthalate	20.7	Maltose	15.2
Procaine	16.5	Ephedrine	0.0
		Phenazone	0.0
		Ketamine	0.0
		Mirtazapine	0.0
		Benzocaine	0.0

Kokain og psykiatri

- Kokaindyr under huden
- Vrangforestillinger
- Hallucinationer på alle modaliteter
- Psykose
- Angst
- Perceptionsforstyrrelser



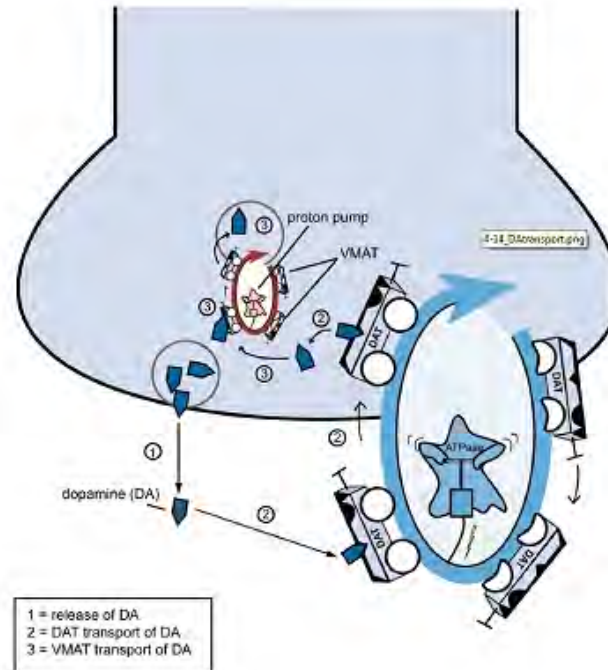
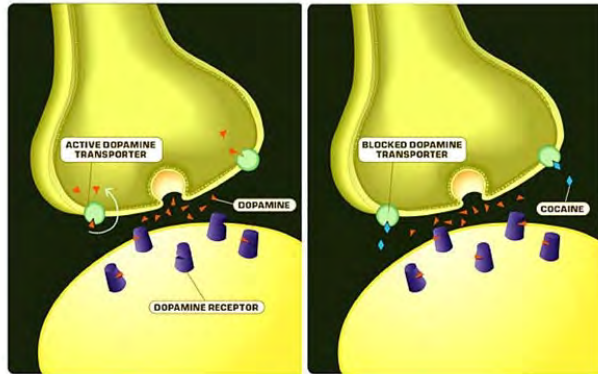
Kokainpsykose vs. skizofreni

- Grænseflade til skizofreni (SZ)
- Varighed over 1 måned
- Ikke stof-udløst
- Snigende udvikling vs akut indsættende, fluktuerende
- Fravær af visse klassiske SZ-symptomer:
 - Tankeudspredning
 - Legemlige påvirkningsoplevelser
 - 3.persons verbale auditive hallucinationer
- Autistisk kontakt

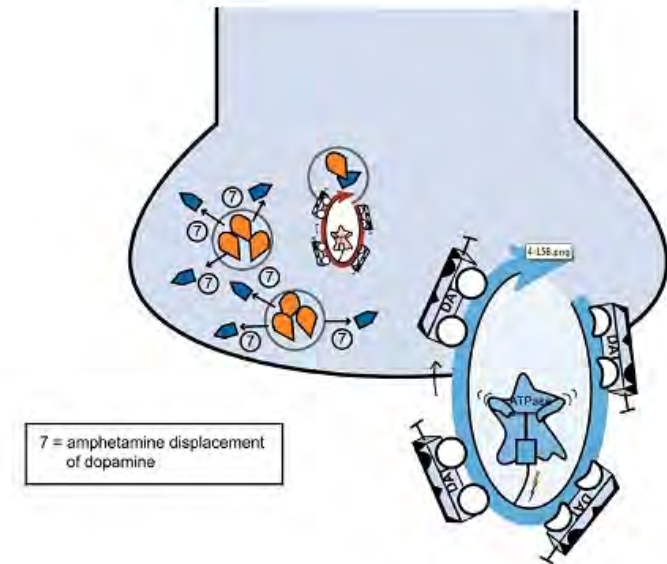
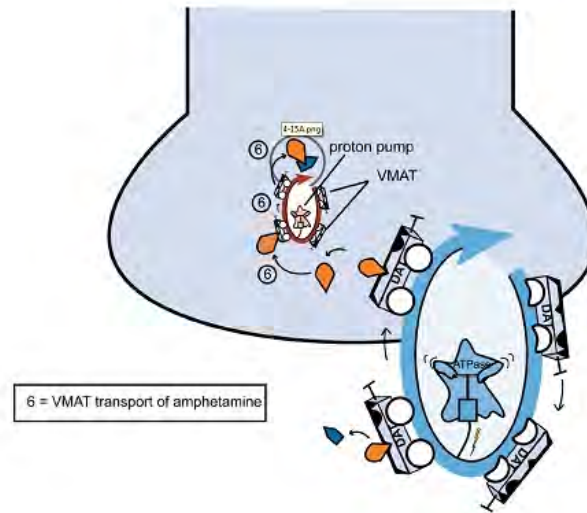
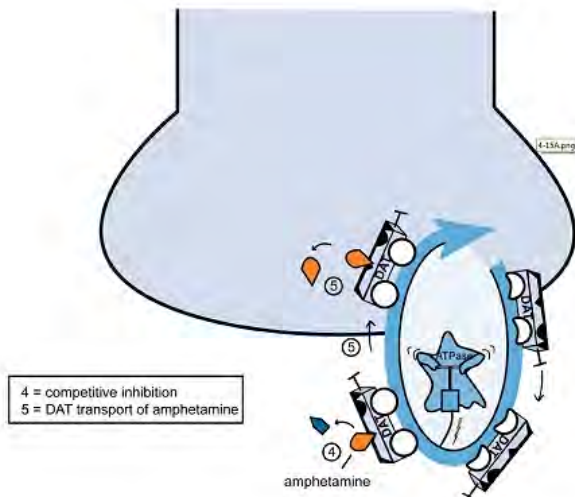
Speedball – eksempel på blandingsmisbrug

- Kokain og heroin
- Kokain, kort halveringstid
- Heroin, længere halveringstid
- Den respirationsdæmpende effekt modvirkes af kokains stimulerende effekt
- Ophør af kokaineffekt medfører overvægt af heroin
- Respirationsstop

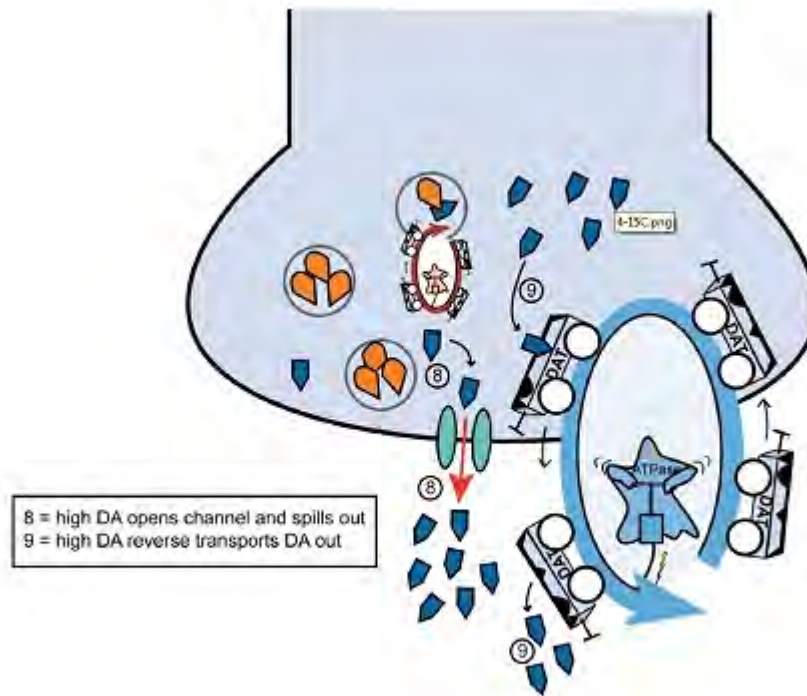
Kokain vs. Amphetamin/methamphetamin



Amphetamin/methamphetamin



Amphetamin/methamphetamin



Opioider

- Opiater
 - Morfin
 - Opium
 - Heroin
 - Kodein
 - Oxycodon
 - Oxynorm
 - Oxycontin
- Syntetiske opioider
 - Metadon
 - Buprenorfin (partiel)
 - Fentanyl
 - Ketobemidon (Ketogan)
 - Pethidin
 - Dextropropoxyphen

Heroin effekt

- Eufori (hurtig peak)
- Tørhed i munden
- Rødme af huden
- Tunge ekstremiteter
- Omtåget bevidsthedsniveau
- Skiftende mellem vågen og sovende



Heroin overdose

- Hæmmet respiration
- Hypoxi = mindre ilt til hjernen
- Coma
- Permanent hjerneskade
- Død

Heroin-afhængighed/abstinens

- Konstant brug for at undgå abstinenser
 - Indre uro
 - Muskel- og ledsmerter
 - Søvnløshed
 - Diarré og opkastninger
 - Kulderystelser og gåsehud (kold tyrker)
- Abstinenserne er ikke farlige for patienten med mindre der er komplicerende somatisk sygdom

Afhængighed og tolerans

- Ved afhængighed og toleransudvikling
 - Ganske lille positiv effekt (lille kick)
 - Primært mindre negativ effekt
 - Primært at holde abstinenser på afstand

10.4 ROBINSON ■ BERRIDGE

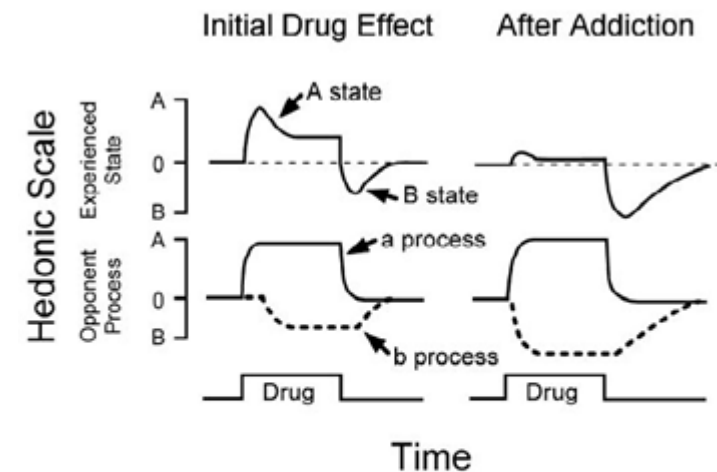


Figure 1 Opponent process model of addiction. According to the opponent process theory the affective (hedonic or emotional) response to a stimulus (a drug in this case) is the underlying a-process, which in turn elicits the opponent b-process (*bottom*). The underlying processes add together to cause the initial pleasant A-state, which is actually experienced, followed by an opponent unpleasant B-state. Initially the pleasant A-state is large, followed by a small B-state. With repeated drug use and in addiction, however, the opponent b-process increases in magnitude and duration, leading to an experience dominated by the unpleasant symptoms associated with withdrawal. (Adapted from Solomon 1977 and Solomon & Corbit 1973.)

Opioider og psykiatri

- Ingen beskrevne psykotiske symptomer ved intoksikation eller abstinensfase
- Personlighedsforstyrrelser
 - Pseudo-psykopati
- Angst
- Depression

Cannabis sativa

- Indeholder 80 exogene cannabinoider
 - Tetra-hydro-cannabinol THC (agonist)
 - Cannabidiol CBD (antagonist)
 - Tetra-hydro-cannabivarin THCV (antagonist)

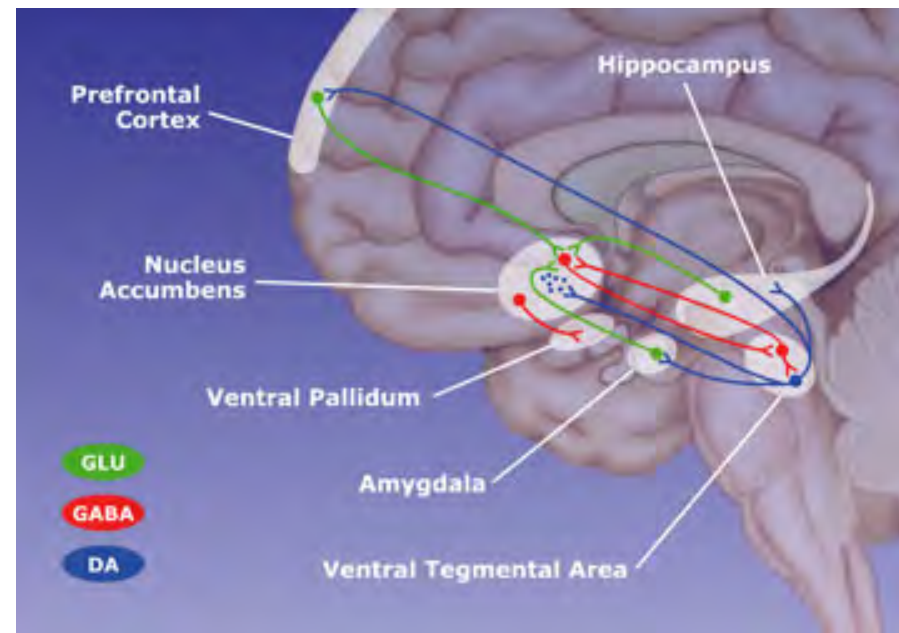


Exogene cannabinoider

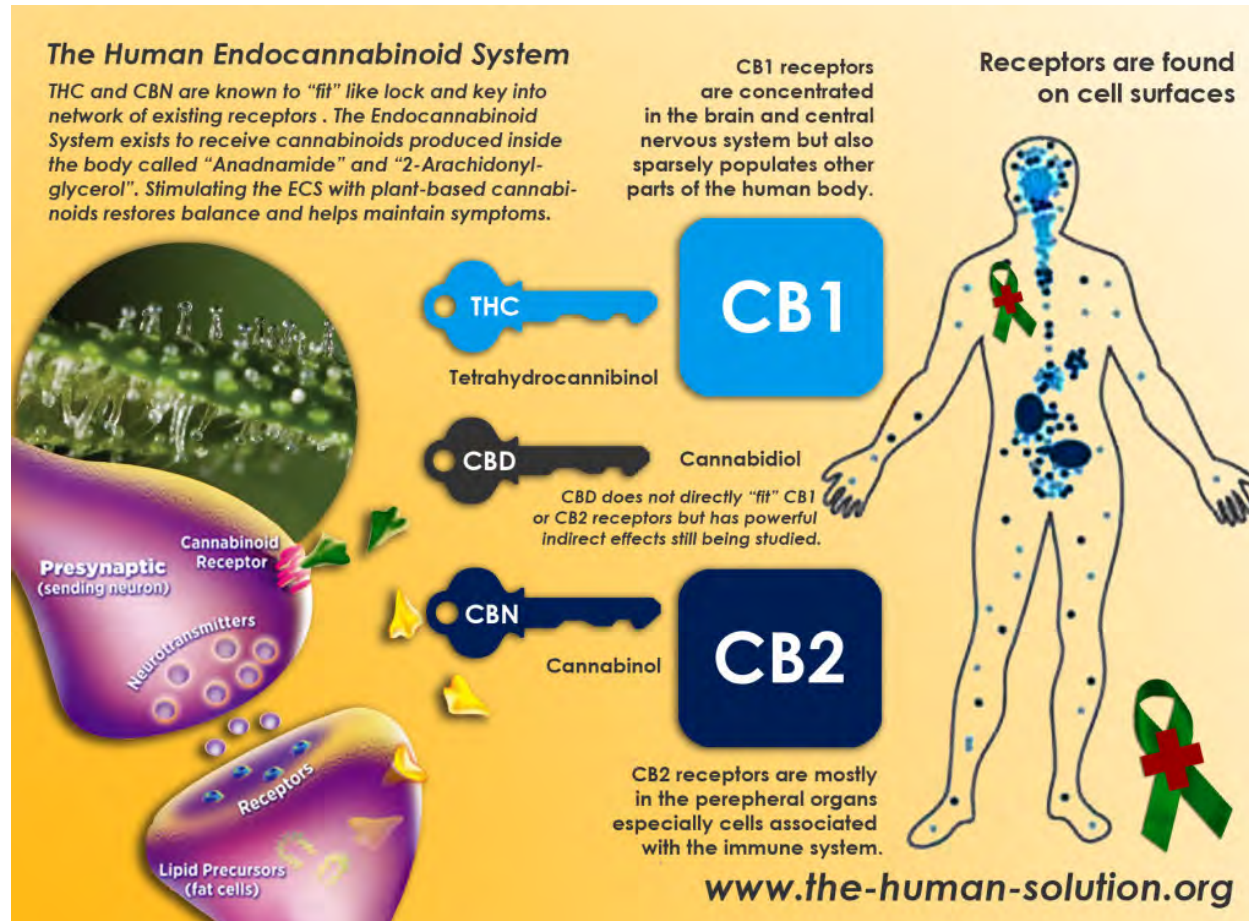
- Kombinationen og forholdet mellem THC og CBD er afgørende for effekten
- Stigende potens af cannabis pga ændret produktion (4% - 30%)
- Mere THC og mindre CBD
- Stærkere cannabis
- Større risiko for negative følger

Cannabis og dopamin

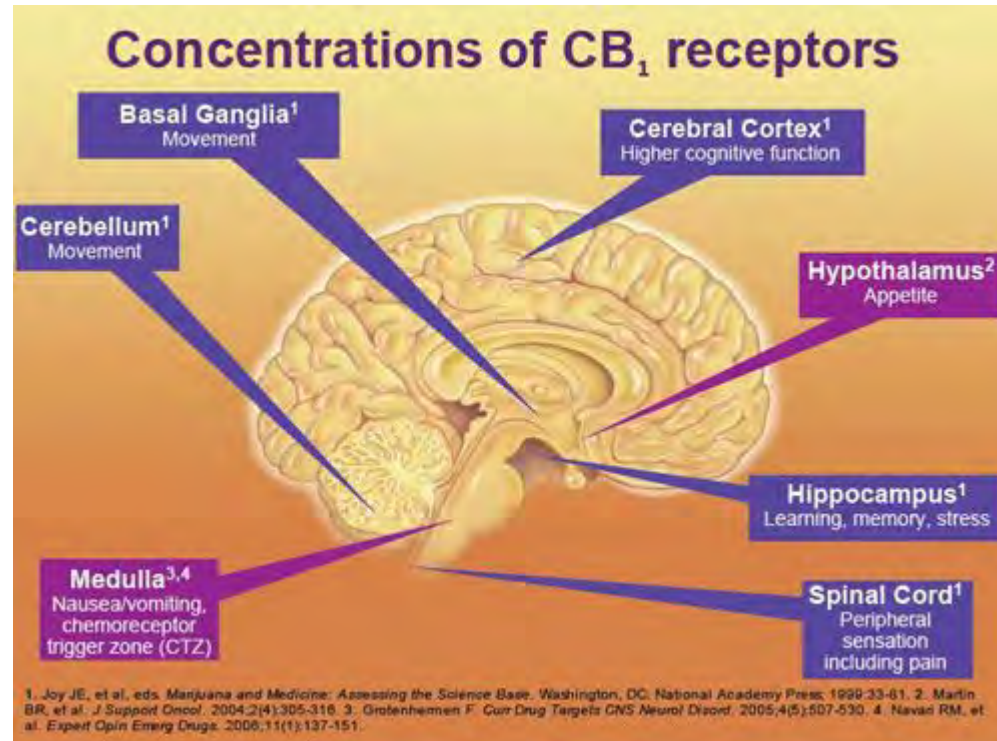
- Udover effekt på det endocannabinoide system ses effekt på dopamin niveau
- Øger mængden af dopamin i VTA
- Øger risikoen for afhængighed



Endocannabinoid system



Cannabinoid-receptorer



Endocannabinoide system

- Endogene cannabinoide system
 - CB1 receptorer i hjernen
 - CB2 receptorer i immunsystemet

Endocannabinoider:

Anandamid

AG-2

Endocannabinoid system

- CB1 receptorer findes i centrale dele af hjernen
- Væsentlige områder for regulering af bl.a. indlæring og hukommelse
- CB2 receptorer med indflydelse på immunsystemet
- Et system i balance

Intoksikation

- Effekt: Minutter til timer
- Halveringstid 30-60 timer, spores i urinen 4 uger efter indtag
- Ro og eufori
- Øget sensibilitet overfor stimuli (farver)
- Ændret tidsopfattelse
- Ændret appetit

Cannabis og selvmedicinering

- Angst
 - Umiddelbar lindring
- ADHD
 - Mindre tankemylder
 - Mere ro
- Skizofreni
 - Kortvarig lindring af symptomer?
 - THC/CBD ratio
- Søvnforstyrrelser
 - Joint til natten

Cannabis og psykiatri

- Cannabis-psykose
- Cannabis og skizofreni
- Cannabis-amotivationssyndrom

Cannabispsykose

- Tilstand præget af forfølgelsesvrangforestillinger
- Hallucinationer på syn og hørelse
- Perceptionsforstyrrelser
- Svær angst



Cannabispsykose

- Ikke i forbindelse med akut intoxikation
- Varer over 48 timer
- Svær fysisk uro
- Ofte akut indsættende



Cannabis og skizofreni

- Grænseflade til skizofreni (SZ)
 - Varighed over 1 måned
 - Ikke stof-udløst
 - Snigende udvikling
 - Fravær af visse klassiske SZ-symptomer
 - Tankeudspredning
 - Legemlige påvirkningsoplevelser
 - 3.persons verbale auditive hallucinationer
- Autistisk kontakt

Cannabis og skizofreni

- 44% med cannabispsykose diagnosticeres med skizofreni indenfor 4 år
 - Opfølgning i OPUS-tilbuddet
- Cannabis forværrer prognosen
 - 314 ptt fulgt fra 1998-2003
 - Uanset medicinsk behandling

Cannabis og skizofreni

- Hønen og ægget:
 - Selvmedicinering (THC/CBD ratio) for SZ
 - Udvikling af skizofreni på grund af cannabis

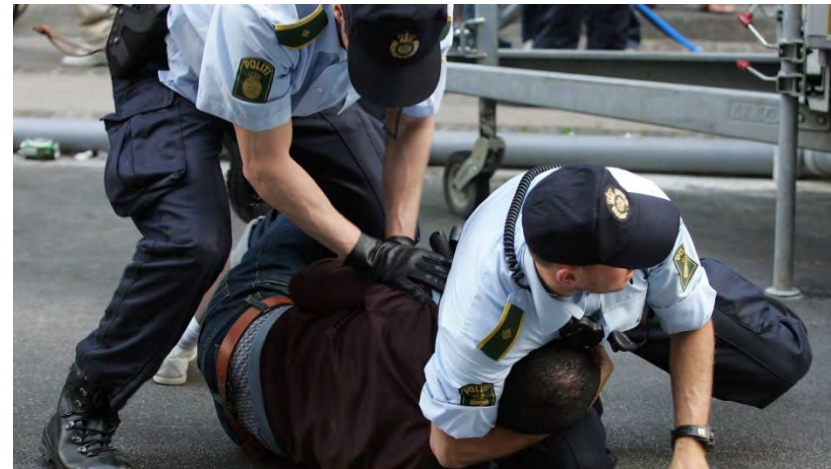
Nuværende konsensus:

10% af SZ-ptt ville ikke have udviklet SZ uden cannabis

Kræver genetisk disposition at udvikle SZ

Cannabispsykose

- Relativt sjældent forekommende
- Relevant opfølgning (OPUS)
- "Farverig" tilstand
 - Tvang
 - Politi
 - Indlæggelse
- Lav bekymring hos brugerne



Amotivationssyndrom

- Initiativløshed
- Apati
- Social isolation
- Nedsat appetit
- Manglende engagement/”drive”
- Anhedoni/glædesløshed



Pseudo-depression

- Uadskillelig fra "ægte" depression
- Cannabis-udløst og spontan bedring ved længerevarende ophør
- Ingen effekt af antidepressiva
- Der KAN ses sideløbende depression som kan være behandlingskrævende
 - OBS suicidalitet

Langsigtede konsekvenser ved cannabismisbrug

- Undersøgelse af 25-årige
- Stigende forbrug af cannabis i 14-21 år medfører:
 - Lavere opnået uddannelsesniveau
 - Lavere opnået indkomst
 - Højere grad af afhængighed af overførselsindkomster
 - Højere grad af arbejdsløshed
 - Lavere niveau af tilfredshed i parforhold
 - Lavere niveau af oplevet livskvalitet
 - Højere forekomst af sidemisbrug
 - Højere ulykkesrate
 - Højere selvmordrate

Neuropsychologiske deficits

- Kan svigtende kognitivt funktionsniveau være en fælles forklaring?
 - Intelligenskvotient
 - Hukommelse
 - Indlæringsevne
 - Eksekutivfunktion (global/specifik)
 - Opmærksomhed

Dunedin-studiet New Zealand

- Prospektivt kohortestudie på 1037 personer
- Fulgt fra fødsel i 1970 til 38 års alderen
- Undersøgt vedrørende cannabisforbrug som 18, 21, 26, 32 og 38 årige
- Undersøgt neuropsykologisk som 13 og 38 årige

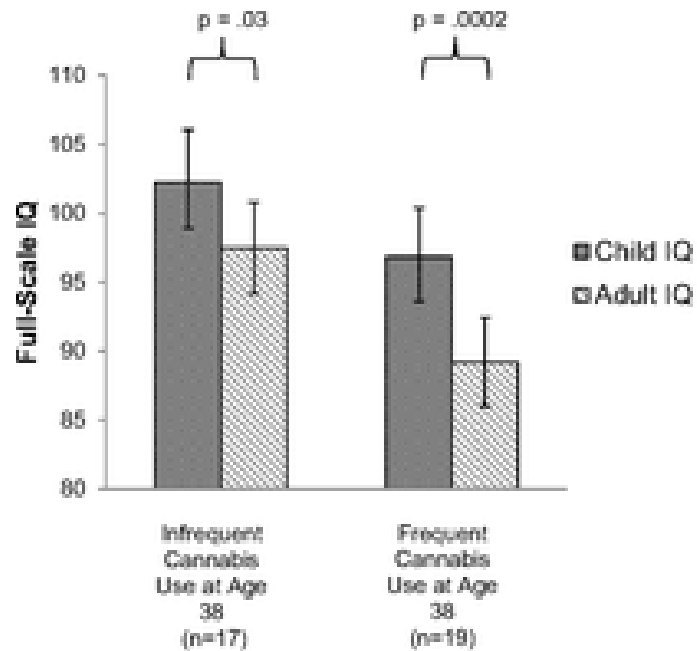
Dunedin-studiet

- Særligt fokus på vedvarende misbrug og tidlig debutalder
 - IQ fald på 6 point hos vedvarende brugere
 - Størst fald i neuropsykologisk tests hos vedvarende brugere (eksekutivfunktion og hastighed)
 - Tendens tilstede trods uddannelse
 - Uddannelse "beskytter" ikke mod deficits

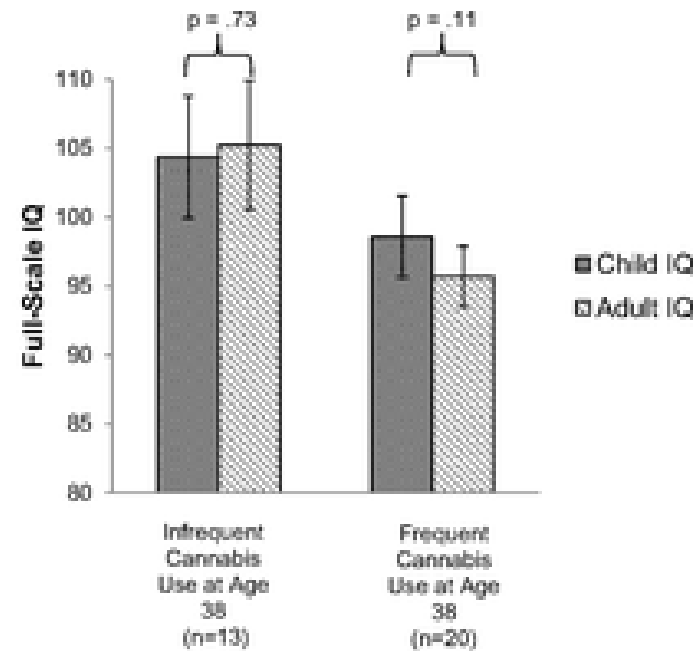
Tidlig debut som prognostisk faktor

- Debut før 18 års alder medfører højere risiko for vedvarende misbrug
- Debut før 18 års alder udviser kraftigere IQ-fald
- Sen debut medfører ikke IQ-fald
- Misbrugsophør medfører ikke bedring hos misbrugere med tidlig debut

IQ og tidlig debut



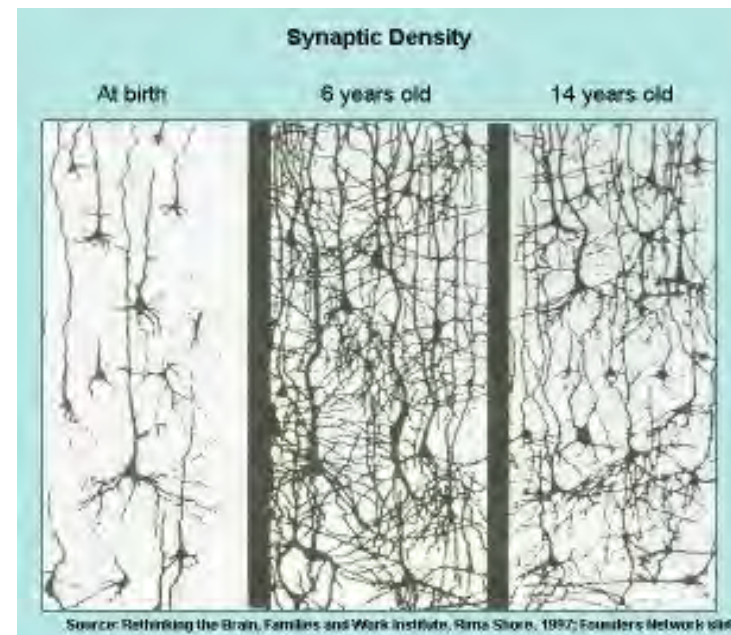
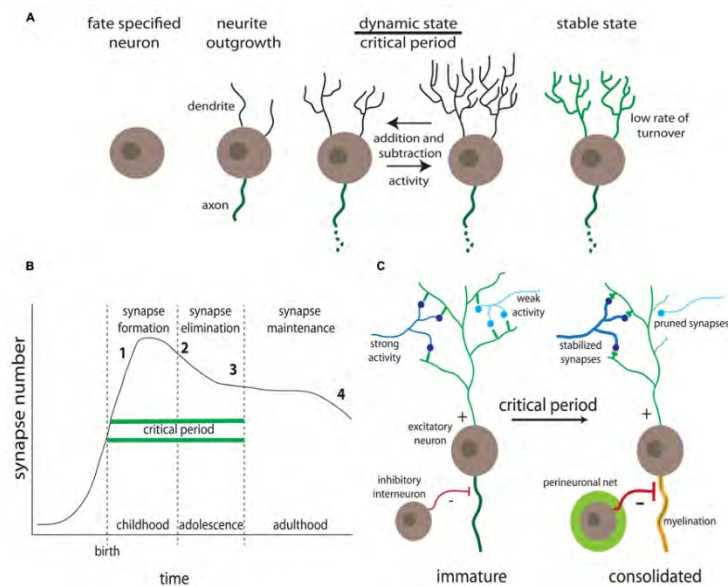
Adolescent-Onset (Used Cannabis Weekly Before Age 16)



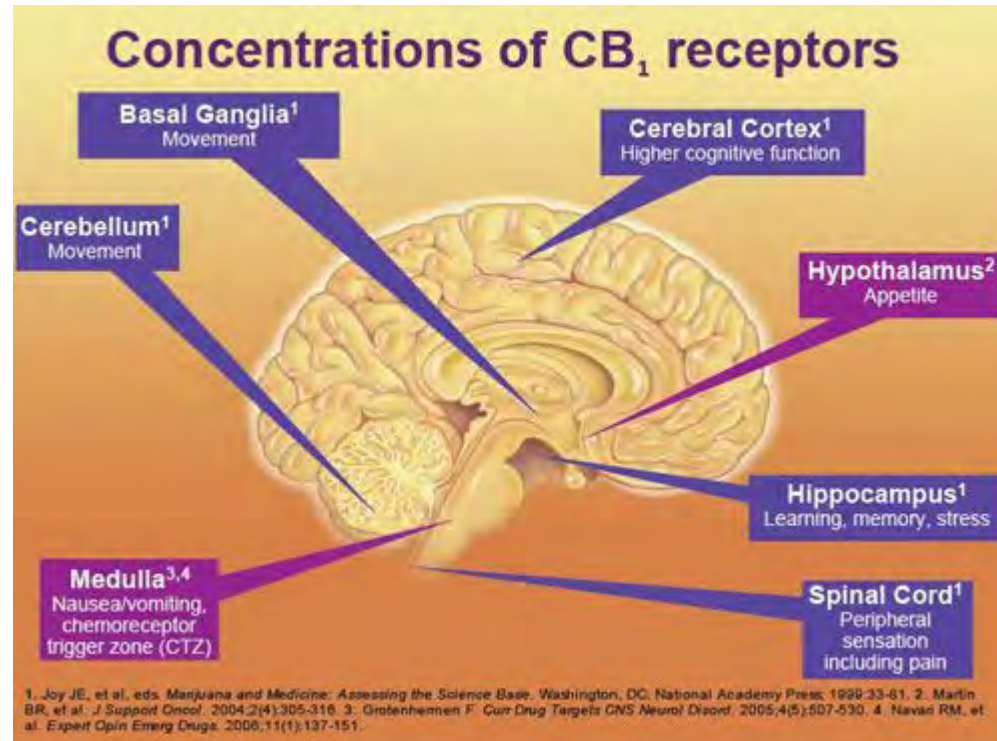
Adult-Onset (Did Not Use Cannabis Weekly Before Age 16)

Pubertet som kritisk tidspunkt

- Særlig sårbarhed i hjernens modningsproces i puberteten
- Neuronal modning og ændring
- "Pruning" efterlader færre forbindelser



Endocannabinoid system



Endocannabinoid system

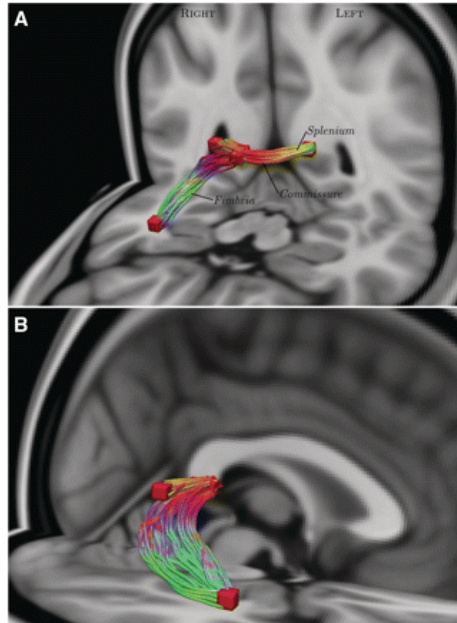
- Hippocampus har overrepræsentation af cannabinoid receptorer i puberteten
- Som følge af neuronal modning er antallet reduceret hos voksne
- Efterlader mulighed for kraftig påvirkning i puberteten
- Cannabis som neurotoxin

Cannabis og dyreforsøg

- Studier viser at udsættelse for cannabis i puberteten medfører langvarige ændringer bl.a. i hippocampus
- Hippocampus er centralt center for indlæring og hukommelse
- Er dyreforsøg repræsentative?

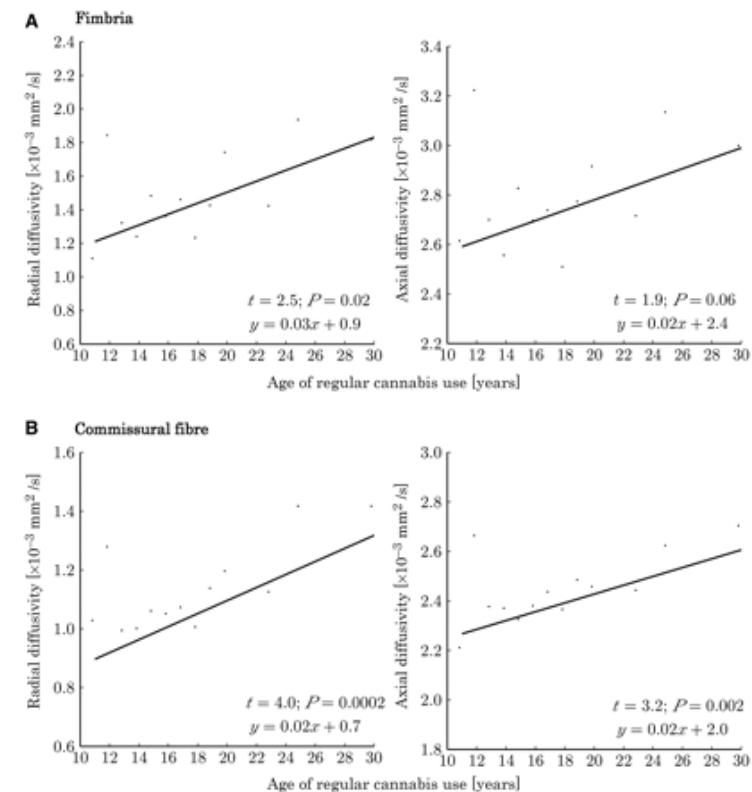
MR-studie

- Særlig teknik måler og visualiserer neuroners forbindelser i hjernen
- 59 personer med langvarigt cannabisforbrug
- 33 kontrolpersoner
- Hele hjernen måles og områder med forskel mellem grupperne vises



Resultater af MR-studie

- Neuronernes forbindelsesstyrke var reduceret hos cannabismisbrugere i bl.a. hippocampus
- Associeret til debutalder
 - Ringere forbindelse jo lavere debutalder

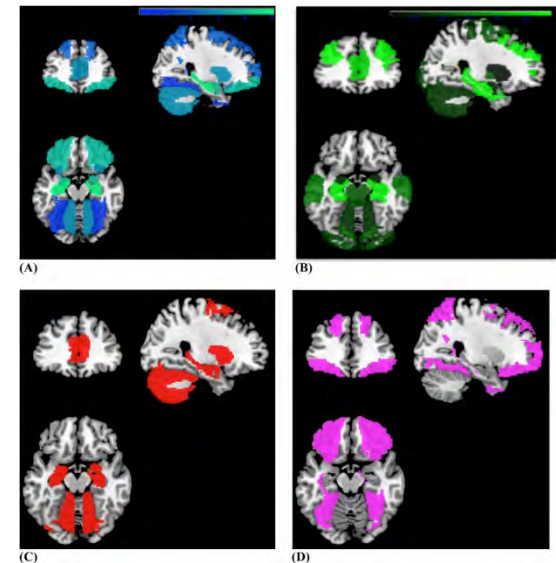


Tolkning af MR-studie

- Et udtryk for at visse områder reagerer forskelligt på udsættelse for cannabis i puberteten
- Sandsynligvis på grund af høj koncentration af cannabis receptorer i disse områder i puberteten

Langsigtede konsekvenser

- Særlig følsomhed overfor cannabis i specifikke områder i hjernen i puberteten
- Medfører strukturelle defekter der kan være irreversible
- Områderne er centrale for indlæring og hukommelse
- Kan være årsag til kognitive deficits?



Cannabis og psykiatri

- Cannabis kan have kortsigtede og langsigtede konsekvenser
 - Akut påvirkning
 - Cannabispsykose
 - Skizofreni
 - Amotivationssyndrom
 - Kognitive deficits

Syntetisk cannabis

- Syntetiske stoffer som blev udviklet for at teste cannabinoid-receptor systemet på dyr
- JWH-018
- Væske sprayes på blandet plantemateriale uden egeneffekt
- Uens styrke mellem batch og i samme pakning



Syntetisk cannabis

- Fuld agonist med høj potens
- Kan være $>800 \times$ THC-styrke
- Ingen antagonist
- Effekt markant anderledes end THC
- Kan bedre sammenlignes med amfetamin og mephedron (khat)



Syntetisk cannabis og effekt

- Stærk rus-fornemmelse, øget energi
 - Sløvhed, angst, paranoia, hallucinationer
 - Påvirker kredsløb, lungefunktion.
 - Kramper, bevidsthedstab, psykose, død
-
- **August 2018**
 - The Governor of Connecticut, working with the state Department of Public Health (DPH) and Department of Mental Health and Addiction Services, issued a statement in response to a large number of overdoses linked to synthetic cannabinoids (K2 or Spice) in the New Haven, CT area in mid-August, 2018.
 - For more information about the alert:
<https://portal.ct.gov/Office-of-the-Governor/Press-Room/Press-Releases/2018/08-2018/Gov-Malloy-Statement-on-Outbreak-of-Overdose-Cases-in-New-Haven> and <https://www.newhavenct.gov/news/displaynews.htm?NewsID=527&TargetID=61>
 - For more information about synthetic cannabinoids:
<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/synthetic-cannabinoids-k2spice>

Alkohol

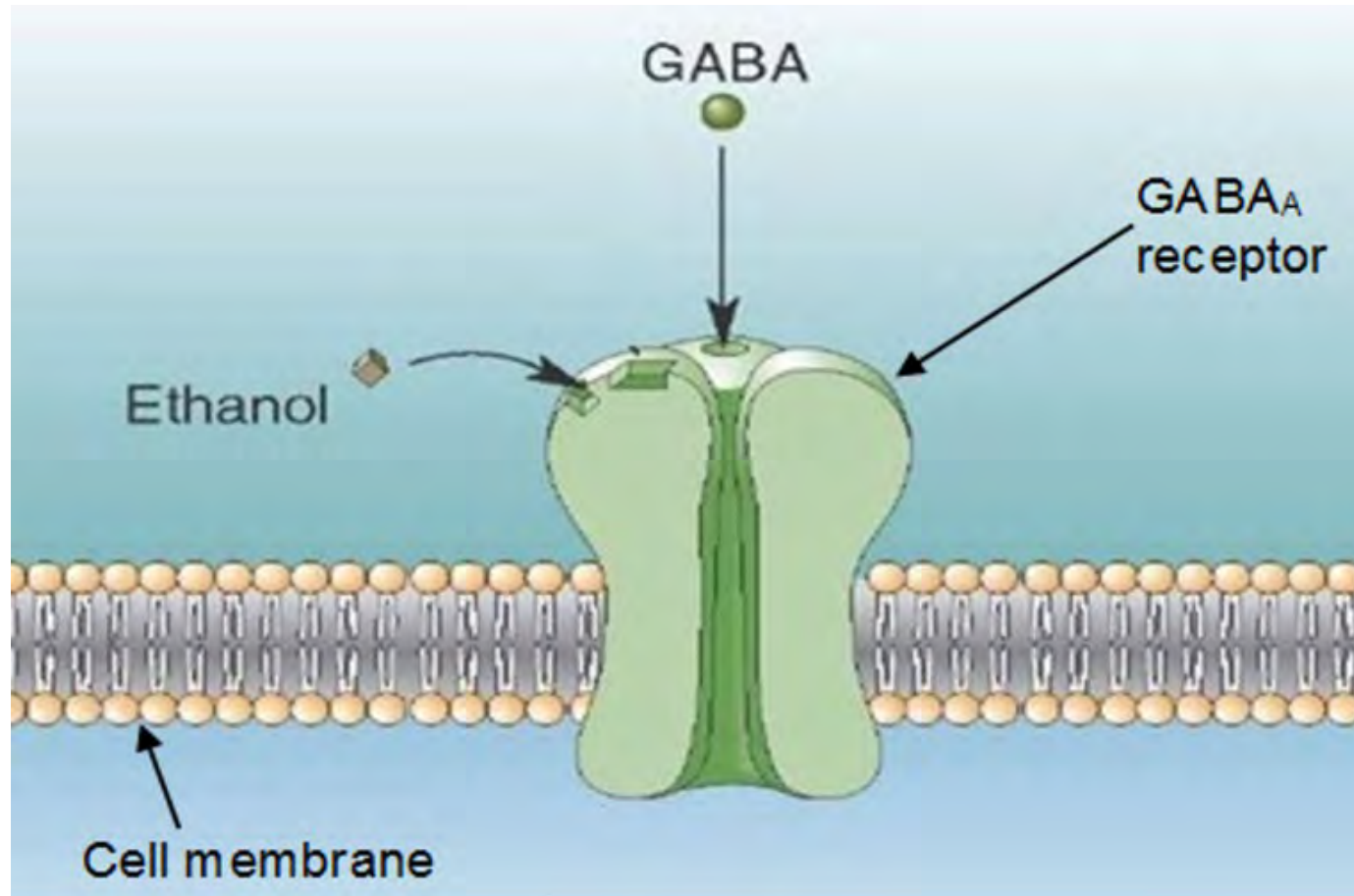
- Ethanol
- Unikt afhængighedsskabende stof
- Ingen specifik receptor som der bindes til
- Kræver flerfold større mængde for at medføre effekt
- "Dirty drug"



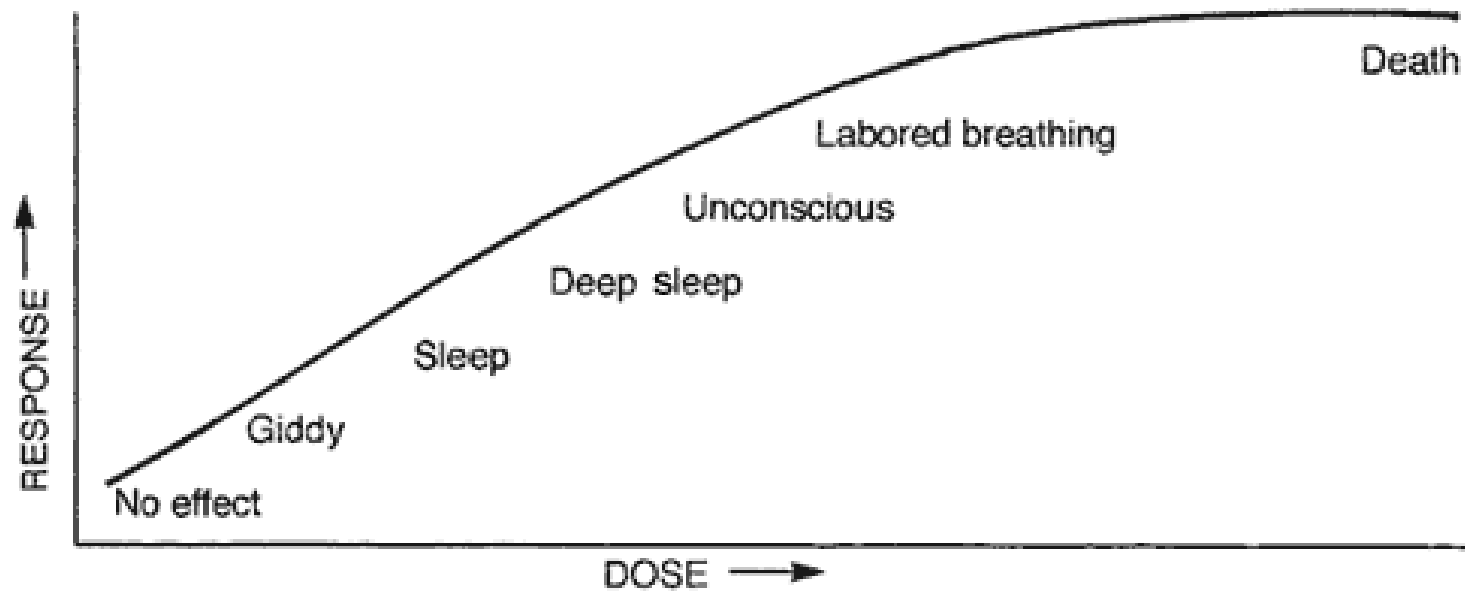
Alkohol

- Har bred og uspecifik indflydelse på flere receptorer som påvirkes uden receptorkontakt.
- Glutamat – øger aktivitet i hjernen – "speeder"
- GABA – sænker aktivitet i hjernen – "bremse"

Alkohol og GABA-receptoren



Dosis-response curve



Alkohol og toleranceudvikling

- Hæmmer glutamat funktion – mindre speeder
- Øger GABA funktion – mere bremse
- Medfører samlet nedsat aktivitet i hjernen

Alkohol og neuroadaptation

- Indtages større mængder alkohol over længere periode indtræder ny ligevægt
 - Opregulering af glutamat
 - Nedregulering af GABA

Ophører alkoholindtaget ses pludselig ubalance med stærk glutamat effekt og manglende GABA – svær uro og abstinensstilstand/kramper, delirium tremens

Delirium tremens

- Bevidsthedsplumring
- Desorientering
- Perceptionsforstyrrelser
- Forstyrret psykomotorik
- Søvnforstyrrelser
- Autonom hyperaktivitet
- Synshallucinationer
- Suggestibilitet



Alkohol-abstinensbehandling

- Beroligende lægemidler, benzodiazepiner
 - Stesolid (diazepam)
 - Rivotril (clonazepam)
 - Klopoxid/risolid (chlordiazepoxid)
 - Oxapax (oxazepam)

Forskelle ligger primært i forskellige virkningsvarigheder (halveringstider)

Alkohol-abstinensbehandling

- Modtages ofte modstræbende på hospitaler
- Ikke sjældent underbehandles
 - Behandles ikke til søvn
 - Lave doser medfører risiko for delirium tremens
- Ikke sjældent udskrives for tidligt
 - Indenfor 24 timer
- Vanskeliggør ambulant opfølgning
- Recidiv til misbrug – løsningsmodel der virker
- Genindlæggelse

Komplicerede afrusninger

- Høje doser benzodiazepin
 - Kramper
 - Delirium tremens
 - Somatisk komorbiditet
 - Kunstig koma, propofol
 - Excessivt alkoholforbrug, funktionspromille 3-4
 - Blandingsmisbrug, obs benzodiazepiner
-
- Somatisk afdeling med intensiv backup
 - OBS afstand til somatisk akutmodtagelse og regionale forskelle
 - Dødelighed 1-4%

Alkohol og psykiatri

- Umiddelbar effekt, selvmedicinering
 - Nedsat angst
 - Færre hæmninger
- Sent indsættende effekt
 - Øget angst
 - Depression
 - Alkoholisk demens

GHB/GBL – Hyperpotent alcohol

- Gamma-hydroxy-butyrat (GHB)
Gamma-butyrolakton (GBL)
- Flydende E
- Fælgrens
- Hætter
- Fantasy
- G
- Gina



GHB/GBL effekt

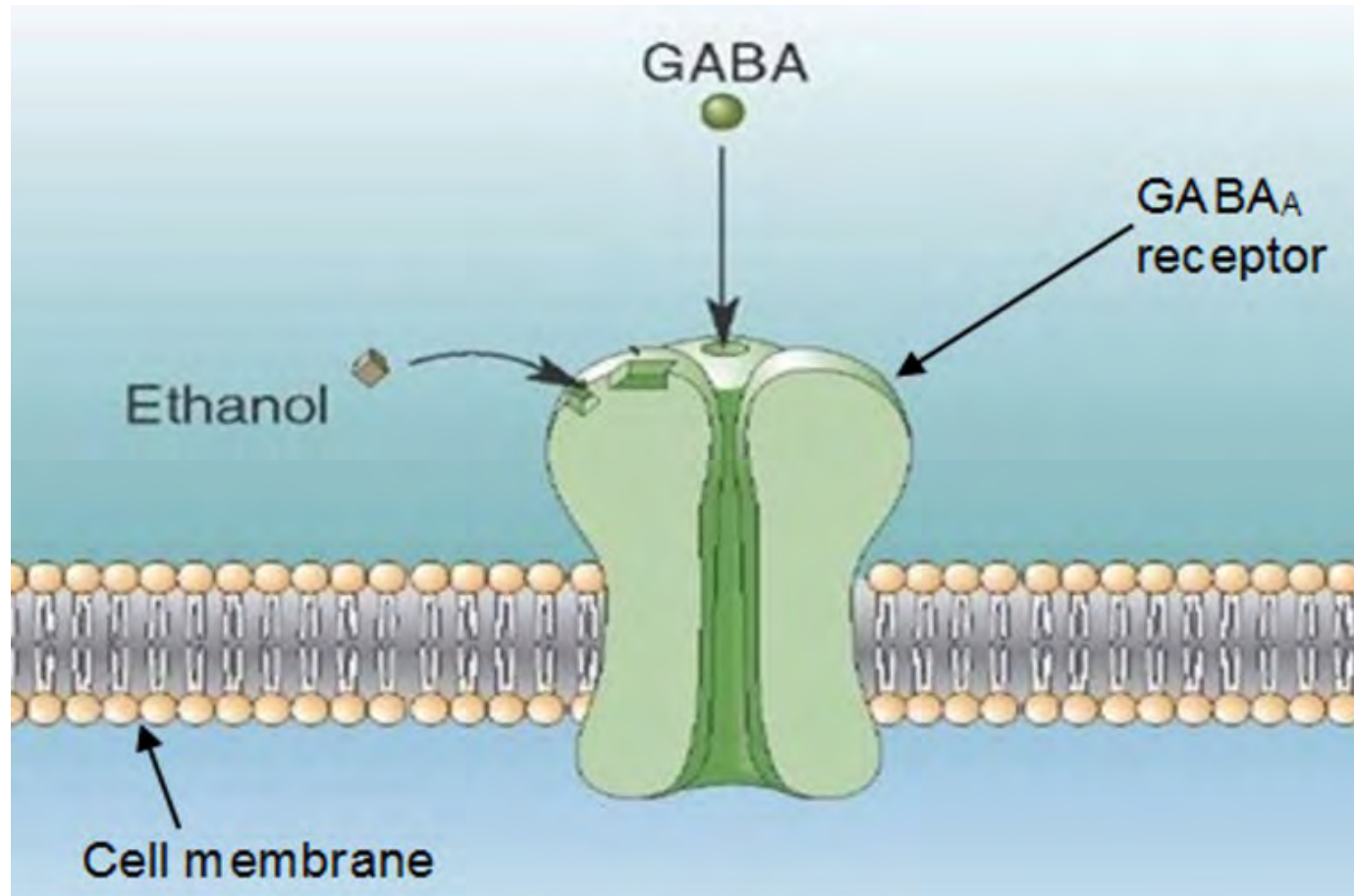
- Initialt i lav dosis
 - Stimulation
 - Eufori
 - Øget sociabilitet
 - Øget stemningsleje
 - Øget sex-lyst
- Sekundært i højere dosis
 - Sløvhed
 - Nedsat koordination
 - Kvalme/opkastninger
 - Nedsat respiration/hjertefrekvens
 - Bevidsthedstab

GHB/GBL

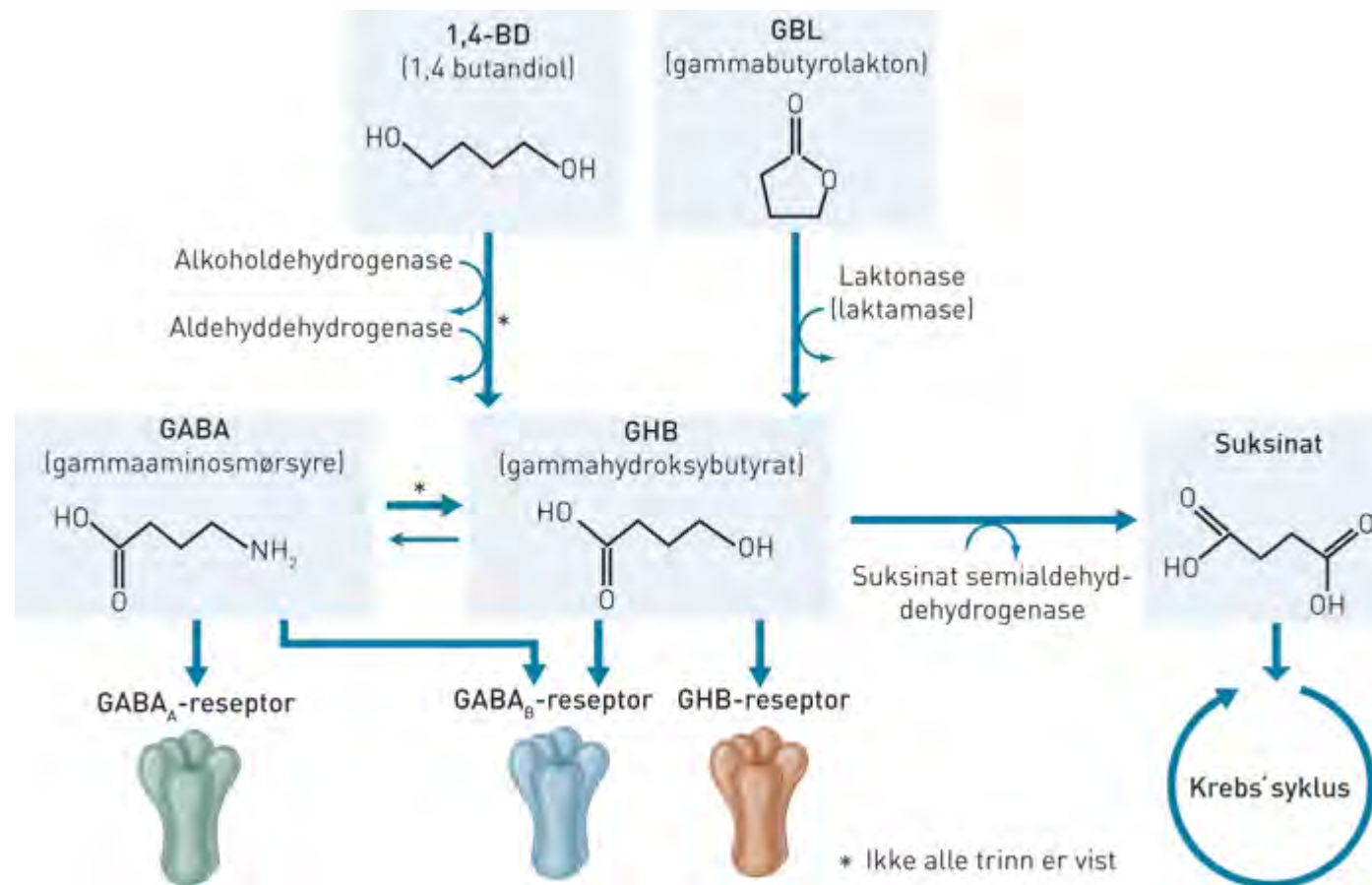
- GBL konverteres til GHB i organismen (1 enzym)
- GBL kan kemisk konverteres til GHB på køkkenbordet
- BDO (1,4 butanediol) konverteres til GHB i organismen (2 enzymer)
- Lægemiddel: Xyrem
- Industri: Benyttes til produktion af plast og blanke metaloverflader
- Enzymatisk nedbrydning med stor varians i populationen



Alkohol og GABA

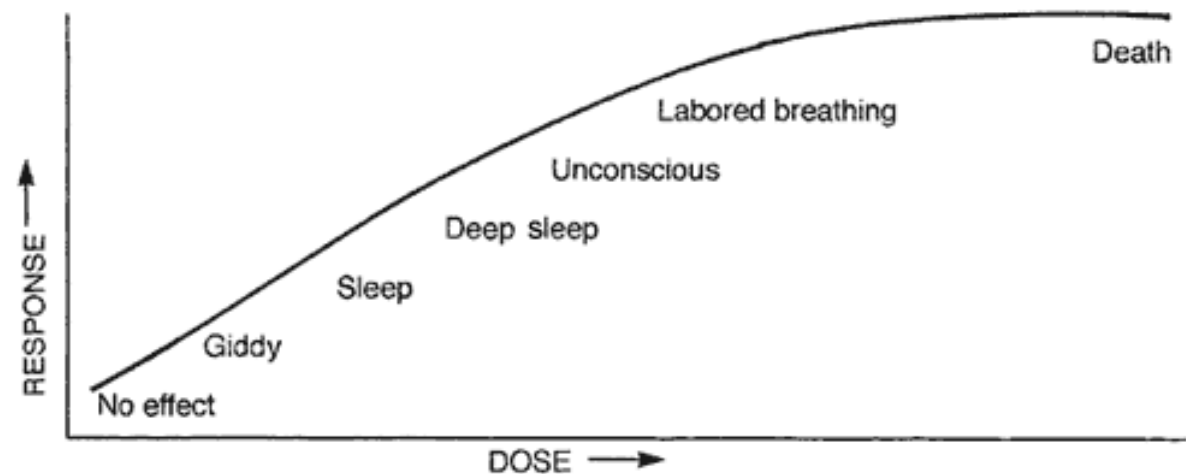


Receptorsystemer



GHB farmakodynamik

- Halveringstid 30 minutter
- Effekt indtræder efter 15 minutter
- Varighed omkring 3-4 timer
- GBL mere potent med hurtigere "onset of action" og længere varighed
- Stejl dosis-respons kurve
- Snævert "terapeutisk" index



Brugeroplevelse af GHB

- 2,4 gram – Lækker rus
- 2,5 gram – 3 timers "koma"
- 2,7 gram – opkast/dyb søvn



GHB – mortalitet og skadevirkning

- Både akut forgiftning og abstinens er forbundet med dødsfald
- 20 dødsfald i England 2011
- Blandingsmisbrug medvirkende til dødsfald
- Typisk alkohol (2 depressantia)
- Kategoriseret som *mest fysiologisk farlige stof* pga snævert index og upræcis dosering
- Stejl dosis-response kurve i modsætning til mange andre stoffer
- 1/2 af brugerne rapporterer om bevidsthedstab (hætte-kold)
- Typisk hurtig bedring over 30 minutter fra dyb bevidstløshed
- 38% af alle stof-forgiftninger i skadestue var relateret til GHB

GHB – akut intoksikation

- CNS depression varer typisk 1-3 timer
- Typisk bedring efter 4-8 timer
- Sjældent "ægte" kramper men muskeltrækninger
- Op til 1/3 af henvendelser i skadestue som følge af GHB er med coma og halvdelen er uden evne til at sikre egne luftveje
 - Hyppige opkastninger
 - Manglende beskyttende luftvejs-reflekser
 - Kan medføre aspiration og kemisk lungebetændelse

GBH - abstinens tilstand

- Kan opstå 30 minutter efter sidste indtagelse
- Op til 2 uger varende tilstand
- Tidlige tegn:
 - Søvnløshed, sitren, konfusion, kvalme, opkastninger, høj puls, højt blodtryk, agitation, kramper/muskeltrækninger, hallucinationer
- Alvorlige tegn:
 - Delirium, kramper, psykose, rhabdomyolyse (muskelcelledød som følge af intens muskeloveraktivitet)

GHB – afhængighed og abstinens

- Akutte abstinensstilstande er potentielt livstruende og skal betragtes som en alvorlig medicinsk tilstand
- Afhængige brugere skal anbefales IKKE at stoppe pludseligt eller forsøge afgiftning på egen hånd
- Der skal søges lægehjælp og evt planlægges indlæggelse
- I visse tilfælde indlæggelse direkte på intensiv afdeling mhp kunstig coma under afgiftning

GHB – tegn på afhængighed

- Brug flere gange dagligt igennem dagen
- Afbrydelse af søvn og natlig brug
- Benyttelse af andre stoffer for at forebygge natlige symptomer
 - Alkohol, benzodiazepiner
- Symptomer på dage hvor der ikke benyttes
- Manglende evne til at undvære 1 dag
- I modsætning til oprindelig effekt ses:
 - Social tilbagetrækning
 - Amotivation

Afgiftning og efterbehandling

- Generelt anbefales planlagt elektiv afrusning i somatisk regi
- Begyndende abstinenser kan genkendes og behandling påbegyndes
- Planlagt post-afrusning støtte i døgnregi
 - Typisk elektiv indlæggelse og direkte overflytning til døgnbehandling med erfaring i håndtering af benzodiazepiner
 - Kommunalt døgnbehandlingstilbud med lægekonsulent
 - Sankt Hans Hospital, Afd. M

Misbrug og psykiatri

- Samtlige misbrugsstoffer kan imitere psykiske sygdomme
 - Tankeforstyrrelser
 - Hallucinationer
 - Vrangforestillinger
 - Angst
 - Koncentrationsbesvær
 - Tristhed
 - Mani

Skizofreni

- Over 1 måned varende fundamental forstyrrelse af tænkning og perception
- Affektforstyrrelser
- Tankeudspredelse
- Verbale auditive hallucinationer i 3. person
- Forfølgelsesvrangforestillinger
- Negative symptomer
 - Sløvhed
 - Initiativløshed
 - Social tilbagetrækning
 - Kontaktforringelse

Depression

- Over 2 uger varende tilstand
 - Nedtrykthed
 - Nedsat lyst og interesse
 - Nedsat energi
 - Koncentrationsbesvær
 - Motorisk hæmning
 - Tanker om selvmord og død
 - Søvnforstyrrelse, appetithæmning, lav libido

Mani

- Over 1 uge med eksaltation eller eretisme
- Øget energi, talepres
- Tankeflugt, hæmningsløs adfærd
- Nedsat søvn, øget selvfølelse
- Øget sex-drift

Bipolar affektiv sindslidelse

- 2 eller flere episoder med tydelige ændringer i stemningsleje og aktivitetsniveau
- Såvel opstemthed, øget energi og aktivitet
- Som nedtrykthed, nedsat energi og aktivitet

Personlighedsforstyrrelser

- Vedvarende adfærdsmønstre der fremtræder som udtryk patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre
- Ofte tidligt i udviklingsforløb som resultat af konstitution og miljøpåvirkning
- Manifesterer sig ved unuancerede reaktioner på personlige og sociale forhold
- Ekstreme afvigelser fra den måde hvorpå gennemsnitsmennesket i en given kultur føler, tænker, opfatter og forholder sig til andre
- Ofte betydeligt subjektivt ubehag og sociale vanskeligheder

ADHD

- Manglende vedholdenhed
- Nedsat opmærksomhed
- Manglende fokus
- Distraherbarhed
- Uhæmmet adfærd
- Ustyrkelig aktivitet
- Impulsivitet
- Debut før 12 års alder
- > 6 mdrs. varende symptomer i flere settings
- Ikke sjældent sekundær tristhed