

# Integrert behandling av rus og psykiske lidelser i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling: Evaluering av implementeringstiltak.

**Kari E. Bjørnstad og Rolf W. Gråwe**

*Kari E. Bjørnstad, Rehabiliteringsseksjonen, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Ulefossveien, 3710 Skien*

*Rolf W. Gråwe, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Postboks 3250, Sluppen, 7000 Trondheim*

## Abstract

### ***Integrated treatment of substance abuse and mental illness in a security psychiatric ward: Evaluation of the implementation measures***

*Violence and homicide among patients with severe mental disorders is associated with substance use. The main aim of this study was to improve organization-level dual diagnoses capability in a forensic psychiatric unit. Health personnel and organization level assessments were performed before and after program and staff training and program implementation. Results: The DDCMHT targeted important areas of change and staff training was associated with an increased total score in dual diagnoses capability from 2.7 to 3.9 on a 1-5 scale, a change from being categorized as Addiction or Mental health Services Only to Dual Diagnosis Capable. Important implementation factors were clinical experience and organizational support. Despite implementation challenges, the main conclusion to be drawn from the study is that improvements in dual diagnoses capability are feasible at a service level.*

## Key words

*Substance use; severe mental disorders; implementation; treatment; forensic; ruslidelse; alvorlig psykisk lidelse; kvalitetsforbedring; implementering; integrert behandling; sikkerhetspsykiatri.*

## Referee\*

**Til tross for at rusmiddelbruk er knyttet til vold og farlighet blant pasienter i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, er det få evalueringer av implementering av integrerte behandlingstiltak.**

I NOU rapport 2010:3 (Olsenuvalget) om Drap i Norge i perioden 2004-2009, fremkommer det at alvorlig psykisk lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse i kombinasjon med ruslidelse er en sterk prediktor for voldsutøvelse. Flere uheldige volds- og drapsepisoder

utført av denne gruppen pasienter, har ført til debatt om psykiatriens faglige vurderinger og behandlingskompetanse. Olsenuvalgets anbefalinger var blant annet å sikre disse pasientene en tilpasset og integrert behandling av begge lidelsene (NOU 2010:3). Det er fremdeles mangelfull forskning på feltet. Kunnskapsbaserte konsensusrapporter og behandlingsretningslinjer viser allikevel at integrerte behandlingstiltak til personer som trenger både rus og psykiatribehandling (ROP) er assosiert med bedre sykdomsforløp enn rusmiddelbehandling eller psykiatribehandling gitt separat (Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Dixon et al. 2010; Helsedirektoratet, 2012). Vi kjenner derimot ikke til at det finnes Norske programmer for implementering av denne type behandling i klinisk praksis. I helsevesenet generelt er det både tidkrevende og utfordrende å implementere forskningsdrevne behandlingstiltak i daglig klinisk praksis (Shojania & Grimshaw, 2005).

Statens Helsetilsyn fastslo allerede i 2000 at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med dobbeldiagnose. Likevel indikerer studier at mange pasienter med ROP-lidelser i norske psykiatriske døgnavdelinger, ikke mottar adekvat behandling med bakgrunn i manglende dobbel kompetanse (Gråwe & Ruud, 2006; Helsedirektoratet, 2012). En amerikansk undersøkelse viste at kun en av 32 (3 %) undersøkte behandlingstilbud innen psykisk helsevern gir behandling til pasienter med ROP-lidelse på et integrert nivå (McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard & Mangrum, 2010). Innen rusbehandlingstiltak fant de at dette angikk 6 av 54 rusbehandlingstilbud (11 %). Ingen av rusbehandlingstiltakene som deltok i studien hadde kompetanse til å behandle begge lidelsene på det høyeste nivået, dvs. behandle personer med alvorlig psykisk lidelse med samtidig omfattende og ustabile rusproblemer.

I en litteraturgjennomgang av studier av implementering av integrerte ROP-behandlingstiltak, identifiserte Torrey et al., (2011) 24 studier og de fleste av disse benyttet måleinstrumentene Integrated Dual Disorders Treatment (IDDT) Fidelity Scale (McHugo et al., 2007), Dual Disorders Capability in Addiction Treatment (DDCAT) og Dual Disorders Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) (McGovern, 2007). Deres generelle funn var at implementering av integrerte behandlingstiltak er mulig, men at dette tar lang tid og at prosessen er kompleks. De fremhevet betydningen av å ha en sterk leder som aktivt utfordrer barrierer mot endring og implementering, som gir ansatte tilbakemelding fra måleresultater, og gjør endringene til en del av den daglige kliniske praksis. Ingen av studiene som ble identifisert var utført i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Vi kjenner heller ikke til at det er utført lignede studier i slike enheter.

I denne studien ønsket vi å evaluere endringer knyttet til implementering av kvalitetsforbedrende tiltak i en sikkerhetspsykiatrisk døgnavdeling. Vi gjennomførte (1) målinger av endringer i integrert ROP behandlingskompetanse, samt (2) vurderinger av sammenhenger mellom grad av troskap til kvalitetsforbedringsmetodikken og endringer i målt ROP behandlingskvalitet. Vi ønsket samtidig å undersøke om måleinstrumentet DDCMHT (Gotham, Claus, Selig & Homer, 2010) er nyttig i å identifisere og måle ROP behandlingskompetanse.

## Metode

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark HF igangsatte i 2009 klinikkovergripende opplæringstiltak for å øke den ROP-faglige kompetansen i de ulike enhetene. Sikkerhetsenheten som denne studien omhandler, er en lukket post for pasienter med

voldsproblematikk og alvorlig psykisk lidelse (9 døgnplasser samt ettervernsplasser). Flertallet har schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelse. Kliniske rapporter viser at  $\frac{3}{4}$  har et identifisert rusproblem. Behandlingstiden varierer fra noen måneder til flere år. På grunn av sikkerhetsaspektet er det små muligheter til å tilby rusbehandling i samarbeid med eksterne rusbehandlingssenheter. Dette krever at enheten selv må kunne tilby behandling av begge lidelsene under døgnoppholdet. Enheten har et stabilt helsepersonell og driftes med 12 miljøterapeuter, 15 miljøarbeidere, 2 assistenter, psykiater og psykolog. Studien var en undersøkelse av behandlingskvalitet på systemnivå og vi involverte ikke enhetens pasienter direkte.

Målinger: IDDT (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003) er et intervju- og observasjonsbasert verktøy som er betraktet som en klinisk gullstandard for å måle grad av integrert behandlingskompetanse til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (Gotham, Brown, Comaty, McGovern & Claus, 2009). Versjonen for rusbehandlingssinstitusjoner (DDCAT) ble lansert i 2004 og senere tilpasset psykiatriske behandlingssenheter (DDCMHT) (Gotham et al., 2010). Disse måler i hvilken grad struktur, rammer, metoder og klinisk kompetanse i en behandlingssenhet reflekterer målrettet og god integrert behandling av pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser. De er anbefalt av det offentlige Substance Abuse and Mental Health Services Administration i USA ([www.samsa.gov/co-occurring](http://www.samsa.gov/co-occurring)). Deres nettsted gir en oversikt over forskningslitteratur, mål på "fidelity" og psykometriske egenskaper, samt administrering og bruk av instrumentene.

DDCMHT ble benyttet til å avdekke grad av behandlingskompetanse på integrert behandling i sikkerhetspsykiatrisk enhet (baselinemåling, januar 2010) og endring etter to år med kvalitetsforbedringstiltak. Denne måler 35 ulike behandlingskvaliteter fordelt på 7 kompetanseområder i en behandlingssenhet. Disse er: Behandlingsprogrammets struktur, enhetens miljø, vurdering/kartlegging, behandling, behandlingskontinuitet, fagkompetanse samt opplæring. Datainnsamlingen er basert på gjennomgang av loddtrukne pasientjournaler, enhetens skriftlige retningslinjer og prosedyrer, intervju av helsepersonell, leder og pasienter, samt observasjon i behandlingssenhet. Hvert av de 35 behandlingskvalitetene skåres på en fem-delt skala, hvor høy tallmessig skåre assosieres med best praksis (Gotham et al., 2009).

- Skåre 1: Kun behandling av psykisk lidelse.  
Har primært behandlingskompetanse på psykisk lidelse uten rusproblematikk.
- Skåre 3: Dobbeldiagnose kapable tilbud.  
Har behandlingskompetanse til å behandle personer med psykiske lidelser og ruslidelser på en integrert måte, men kun pasienter med relativt stabile og mindre alvorlige rusproblemer.
- Skåre 5: Utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetanse (DDE; Dual Diagnosis Enhanced).  
Har behandlingskompetanse til å gi integrert behandling til personer med ulike grader av psykopatologi med samtidig omfattende rusproblemer.

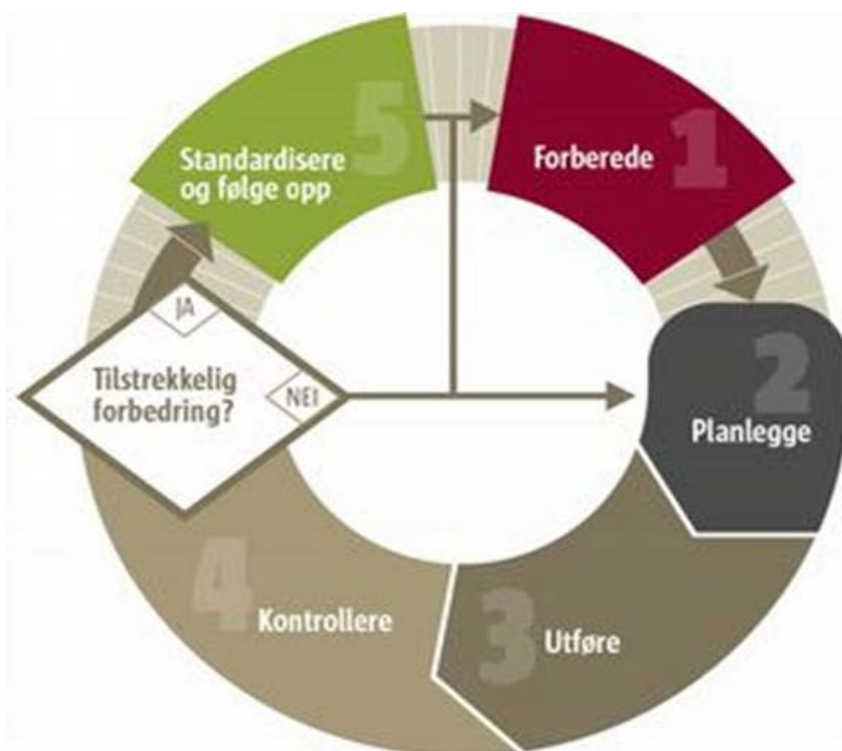
Utviklerne av DDCAT, rapporter om brukbar indre konsistens (Gotham et al., 2010), inter-raterreliabilitet og kappa for måleinstrumentet sammenlignet med gullstandarden IDDT (Gotham et al., 2009). Verktøyet er også funnet sensitiv til å måle virkninger av endring i behandlingsstrategier og rutiner (McGovern, Matzkin & Giard, 2007). Behandlingskvalitetene som måles i DDCMHT baseres i hovedsak på skriftlig dokumentasjon av rutiner og i tilfeldige utvalgte pasientjournaler og bidrar til økt validitet. Validiteten er også sikret ved at

verktøyene bygger på offentlige behandlingsanbefalinger for god klinisk praksis. Det vurderes derimot som en svakhet at det ikke finnes noen differensiert vektning av de 35 ulike kompetansevariablene for deres ulike betydning for behandlingsutfallet (McGovern et al., 2007).

Kartleggingsverktøyet har ikke tidligere vært benyttet eller validert for norske forhold. Rusprosjektet ved Sykehuset Telemark oversatte og tilpasset instrumentet til norsk. En kan derfor ikke utelukke at systemforskjeller mellom USA og Norge kan redusere verktøyets validitet i en norsk kontekst. Målinger om sertifiseringer, lisenser og finansiering i behandlingsenhetene ble fjernet da disse ikke er relevant for norsk helsevesen. For å bedre verktøyets reliabilitet fjernet vi i tillegg variabler knyttet til medikamentell avhengighetsbehandling. Målingene ble utført av to uavhengige og eksterne skårere (utenfor enheten). Forskjeller i skårer ble avgjort ved konsensus-skårer. De tilfeldige pasientjournalene som ble gjennomgått for skåring av DDCMHT ble anonymisert.

Prosedyre: Helsepersonell ved behandlingsenheten ble gitt opplæring i teoretisk og praktisk-metodisk kunnskap om integrerte behandlingstiltak gjennom ordinær undervisning, oppfølging og veiledning i klinisk arbeid. Det ble også gitt metodekunnskap om kvalitets- og implementeringstiltak. Type og mengde bistand ble gitt i henhold til enhetens ønske og behov. Endringer i integrert behandlingskompetanse (før og etter tiltak) belyses ved å se på intervensjoner som er foretatt i enheten mellom målingene knyttet til "Plan, Do, Check, Akt-hjulet", en stadiabasert endringsmodell videreutviklet til fem faser (figur 1) av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008).

Figur 1. En stadiebasert modell for implementering i helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008).



Kunnskapsoverføring har liten styrke dersom det ikke synliggjøres og forankres i holdninger, rutiner og metoder (Marty, Rapp, McHugo & Whitley, 2008). Forberedelsesfasen anses derfor

som fundamentet for endringsprosessen der behovet for endring må erkjennes, kunnskapsgrunnlag og verdier klargjøres, samt synliggjøring av eventuelle barrierer som må overvinnes (Sosial og helsedirektoratet, IS-1502/ 2007).

I planleggingsfasen ble diskrepansen mellom nåværende og best praksis grundig gjennomgått sammen med helsepersonell, med utgangspunkt i premålingen. Dette utgjorde en plattform for mål og metode fastsetting. En oversikt over tiltak gitt i utføringsfasen er vist i tabell 1. Basert på muntlig rapport og deltakende observasjon av eksterne skårere, ble det undersøkt om oppnådde endringer var forbedringer og om de var adekvate i henhold til oppsatte mål. Identifiserte praksisavvik ble søkt opprettet ved å gå tilbake til planleggingsfasen å endre rutiner og prosedyrer for praksis. Videreføring av ønsket praksis ble sikret via standardisering av prosedyrer for aktivitetene i egne flytskjema (skjematiske oppteigninger av rutiner).

Tabell 1. Oversikt over implementeringstiltak i utføringsfasen.

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

## Resultater

Enheden ble vurdert til å ha ett mandat tilsvarende DDCMHT-kompetanse på nivå 4, det vil si 75 % av maks behandlingskompetansenivå på dobbeldiagnoser (1-5 skala der skåre 1=0 %, 5=100 %). Det ble målt en økning i den totale integrerte behandlingskompetansen fra 42.5 til 72.5 % i tårsperioden, nært opp til enhetens mandat. Baselinemålingen viste at områdene opplæring, behandling og fagpersonell hadde størst forbedringspotensialet. Størst endring hadde enheten på området opplæring, med en kompetanseøkning fra 12.5-100 % i perioden. Kompetanseområdene behandling og fagpersonell viste minst forbedring med en endring på henholdsvis 23.5 og 25 %, som utgjorde omtrent 55 % av full måloppnåelse for begge områdene etter to år.

For de 10 målepunktene der de tre første fasene i implementeringsmetodikken ble gjennomført, var det en økning i ROP behandlingskompetanse fra 27.5 til 65 % (51.7 % forbedring). For de totalt seks variablene der alle fem fasene i metodikken ble gjennomført oppnådde enheten en endring i integrert behandlingskompetanse fra 35 % ved baseline til topp skåre med 100 %, dvs. full DDE kompetanse etter to år.

Utfallet av implementeringsarbeidet ved avdeling er vist i tabell 2.

Tabell 2. DDCMHT måling før (T-1) og etter implementering (T-2).

<b>DDCMHT-resultat for sikkerhetspsykiatrisk avdeling STHF</b>		
	<b>T-1</b>	<b>T-2</b>
<b>Totalskår</b>	<b>2.7</b>	<b>3.9</b>
<b>Programmets struktur</b>	<b>3.5</b>	<b>4.0</b>
Hovedfokus og definert mandat for enheten	4.0	4.0
Koordinasjon og samarbeid med rusbehandling	3.0	4.0
<b>Program</b>	<b>3.0</b>	<b>4.5</b>
Rutiner for hvordan ROP-pasienter ønskes velkommen	5.0	5.0
Distribusjon av litteratur	1.0	4.0
<b>Klinisk prosess: Kartlegging/utredning</b>	<b>3.0</b>	<b>4.5</b>
Rutinemessig bruk av metoder for screening av ruslidelse	3.0	5.0
Rutinemessig kartlegging ved positiv ruscreening	2.0	5.0
Psykiske lidelser og ruslidelser diagnostisert og dokumentert	4.0	5.0
Innhente historikk på ruslidelse og psykisk lidelse	3.0	-
Programmet utreder/behandler personer med destruktiv atferd	5.0	5.0
Matching basert på kartlegging av funksjonsnivå	3.0	4.0
Stadiebasert vurdering	1.0	3.0
<b>Klinisk prosess: Behandling</b>	<b>2.1</b>	<b>3.1</b>
Behandlingsplan	3.0	5.0
Vurdering og overvåkning av lidelsene og samspillet mellom dem	3.0	4.0
Prosedyrer for rusa pasienter og /eller tilbakefall	2.0	2.0
Stadiebasert behandling	1.0	3.0
Grad av spesialisert rusbehandling	2.0	3.0
Pstkoedukasjon i sammenheng mellom rus og psykiske lidelser	3.0	4.0
Familieopplæring og støtte	2.0	3.0
Intervensjon for å knytte kontakt med selvhjelpsgrupper	1.0	1.0
Likemannsarbeid	2.0	
<b>Behandlingskontinuitet</b>	<b>3.3</b>	<b>4.7</b>
Samsykkelighet beskrevet og tatt hensyn til i utskrivningsprosessen	4.0	5.0
Kapasitet til å opprettholde kontinuitet i behandlingen	5.0	5.0
Fokus på bedring (recovery) av begge lidelsene	3.0	4.0
Tilrettelegging for bruk av selvhjelpsgrupper i etterkant av behandling	-	-
<b>Fagpersonell</b>	<b>2.2</b>	<b>3.3</b>
Psykiater/lege med ruskompetanse	4.0	4.0
Personell med utdanning/kompetanse i avhengighet	2.0	2.0
Veiledning av personell uten tilstrekkelig ruskompetanse	1.0	3.0
System for evaluering/kvalitetssikring av behandlingen	2.0	4.0
Likemann/brukeransatt tilgjengelig	-	-
<b>Opplæring</b>	<b>1.5</b>	<b>5.0</b>
Personal med grunnleggende opplæring i ruslidelse	2.0	5.0
Personal med DD-opplæring (ROP)	1.0	5.0
<b>Snittskår på kompetanseområder</b>	<b>2.8</b>	<b>4.1</b>

Interrater-reliabilitet ble målt etter kartlegginger i 9 ulike enheter og viste seg god for alle dimensjonene (ICC = 0.78 – 0.94 > 0.01).

De eksterne skårene vurderte at skåringen av *innhenting av historikk på psykisk lidelse og ruslidelse*, ikke var reliabel (basert på indirekte journaltilgang) og utelot å skåre dette målepunktet på T-2. Intervensjon i forhold til *selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid* ble endret med bakgrunn i de komplekse kombinasjoner av alvorlig psykisk lidelse, rus og vold hos pasientpopulasjon i sikkerhetsenheten.

## Diskusjon

Hovedfunnene i studien er at DDCMHT var et egnet måleinstrument til å identifisere kliniske ROP forbedringsområder på organisasjonsnivå og måle kapasitet for integrerte tjenester i en psykiatrisk sikkerhetsenhet. Vi fant at et omfattende implementerings- og treningsprogram for ansatte var assosiert med øket totalskåre fra 2.7 til 3.9 på en 1-5 skala. Enheten endret seg fra å være et svakt dobbeldiagnose kapabelt tilbud ved baseline, til å grense opp mot et utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetent nivå etter intervensjonen.

I likhet med Matthews, Kelly & Deane (2011) sine funn oppgav enhetsledelsen at DDCMHT målingene var ett nyttig styringsverktøy for prioritering av forbedringstiltak. Den gav større bevissthet om ulike typer klinisk rusfaglig kompetanse og om vurderingsprosessens betydning, skriftlig dokumentasjon og prosedyrer, samt gjorde dem mer reflektert over egne holdninger og mandat knyttet til ruslidelser. Dette vurderes som sentralt for implementering av integrert behandling og varige endring i klinisk praksis (Sosial og helsedirektoratet, IS-1502/2007).

Sikkerhetsenheten i vår studie nådde ikke helt målet om 75 % av full integrert ROP eller DDE kompetanse. Grunner til dette kan være 1) at pasientene i vår studie var langtidspasienter på en sikkerhetspsykiatrisk avdeling hvor det er spesielle utfordringer knyttet til å endre et etablert og pågående behandlingstilbud og innholdet i dette sammenlignet med avdelinger (se McGovern et al., 2010) som gir mer kortvarige polikliniske behandlingstilbud, 2) at noen komponenter i behandlingsområdet (selvhjelp/likemannsarbeid) og målingene av disse ikke passet med vår pasientgruppe, 3) at våre opplæringstiltak i ROP behandling ikke var detaljert og konkrete nok til å føre til tilstrekkelig endringer, 4) at vi ikke hadde stort nok fokus på pasientbasert og individuell veiledning (coaching) med bakgrunn i at enheten har overvekt av helsepersonell med moderat helseutdanningsnivå, 5) at troskapen til implementeringsmetodikken ikke var tilstrekkelig.

En metodesvakhet er at måleinstrumentet DDCMHT er utilstrekkelig validert og ikke utprøvd på norsk tidligere. Også enkelte avvik i gjennomføringen fra originalverktøyet, som indirekte journaltilgang og utelatelse av pasientintervjuer, kan ha redusert både validiteten og reliabiliteten av resultatet på enkelte målepunkter. Dette bidro til at en i liten grad kunne vurdere om endring i behandlingskompetanse førte til merkbare endringer i behandlingspraksis overfor pasientene. Tilpassninger til norsk kontekst eller mangel av sådanne, gjør også at instrumentet og resultatene ikke direkte kan sammenlignes med andre studier.

Det er i tillegg mulig at målte forbedringer i ROP kompetanse også kan knyttes til den generelle oppmerksomheten på temaet og ikke bare være et direkte resultat av de opplæringstiltakene som ble iverksatt. Kun er randomisert kontrollert studie kan gi svar på dette.

Det er gjennomført flere studier som har målt effekten av kompetansehevende ROP tiltak på ulike psykiatriske enheter (Torrey, Tepper & Greenwold, 2011) og generelt har disse studiene

målt signifikant bedring på de fleste kompetanseområdene. En Nord-Amerikansk studie av McGovern et al. (2010) gjennomførte 18 måneders opplæringstiltak med før- og ettermålinger ved 86 behandlingssenheter i seks stater. De fant generelt at tiltakene var assosiert med signifikant bedring av ROP kompetanse nivå (jfr. nivå 1 til 5) og at manglende bedring på visse kompetanseområder var knyttet til manglende opplæringstiltak på samme områder. Sikkerhetsenheten i vår studie oppnådde derimot en generelt større kompetanseendring enn det de fant i denne studien. McGovern et al., 2010 fant lite endring i kompetanseområde *fagpersonell*. Dette var også tilfelle i vår studie. Ansatte med lavt utdanningsnivå og lite turnover av helsepersonell, krever målrettede kompetanseutviklingsplaner i et langsiktig perspektiv, i tillegg til selektiv plan for nyrekruttering.

Alle de målepunktene som gjennomgikk samtlige faser i kvalitetsforbedringsmetodikken oppnådde nivået for utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetanse. Dette indiker at troskap (fidelity) til implementeringsmetodikken samtlige 5 faser kan være en suksessfaktor for implementeringen. Det kan derimot ikke utelukkes at det er ett vist skille mellom kvantitative og kvalitative endringspunkter når det gjelder hvor mange faser av implementeringsmetodikken som var benyttet. Mulig at tidsintervallet i studien ikke var tilstrekkelig for å kunne vurdere resultatet av metodikken fullt ut.

Tilføring av teoretisk kunnskap gir ikke automatisk endring i klinisk praksis. Dersom det ikke lages rutiner og prosedyrer for å sikre at ny kunnskap og metodikk anvendes etter intensjonen, vil opplæringstiltak ha liten betydning for varig kvalitetsforbedringer og endret praksis (Marty et al., 2008).

## Konklusjon

Det er relativt lite forskning på behandlingskompetanse og effekten av implementeringstiltak innen psykisk helsevern. Denne studien har vist at det er mulig å identifisere grad av integrert behandlingskompetanse overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer, samt å måle endringer i slik kompetanse ved bruk av strukturerte måleverktøy. Studien indikerer også at troskap til alle faser i implementeringsmetoden har betydning for grad av måloppnåelse. Det er videre stort behov for praktiske og konkrete kunnskapsbaserte behandlingsprogrammer som kan benyttes i opplærings- og implementeringstiltak.

## Litteratur

- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48–70.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L. & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- Gotham, H.J., Brown, J.L., Comaty, J.E., McGovern, M. & Claus, R.E. (2009). *The dual diagnosis capability in mental health treatment (DDCMHT) index*. Presentert på Addiction health Services Research Conference.



- Gotham, H.J., Claus, R.E., Selig, K. & Homer, A.L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 160-169.
- Gråwe, R.W. & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, STF78 A06003.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. IS-1948.
- Marty, D., Rapp, C.A., McHugo, G.J. & Whitley, R. (2008). *Factors Influencing consumer monitoring in implementation of evidence-based practices: Results from the National EBP Implementation Project*. *Administration and Policy in Mental Health*, 35, 204-211.
- Matthews, H., Kelly, P.J. & Deane, F.P. (2011). *The Dual Diagnosis Capability of Residential Addiction Treatment centers I priorities and confidence to improve capability following review process*: Illawarra institute of Mental Health, Institute of Wollongong, Wollongong, Australia. *Drug Alcohol rev.*, mars 30; (2): 195/9.
- McGovern, M. P. (2007, October). *Services research on co-occurring disorders: Applications of the Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) index*. Presentation at the Addictions Health Services Research Annual Meeting, Athens, GA.
- McGovern, M.P., Matzkin, A.L. & Giard, J. (2007). Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol 3 (2).
- McGovern, M.P., Lambert-Harris C., McHugo G.J., Giard, J. & Mangrum L. (2010). Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated With Program Level Changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 237-250.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Whitley, R., Bond, G.R., Campbell, K., Rapp, C.A., et al., (2007). Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence- Based Practices Project. *Psychiatric Services*, 58, 1279-1284.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: a Guide to Effective Practice*. The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *... og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Metode for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk metode for å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene*. Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK.
- NOU (2010:3). *Drap i Norge i perioden 2004-2009*, Helse-og omsorgsdepartementet.
- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2005). Evidence-based quality improvement: The state of the science. *Health Affairs*, 24, 138–150.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007). *Hvordan komme fra visjon til handling? ...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*, Sosial- og helsedirektoratet, IS-1502.
- Torrey, W. C., Tepper, M. & Greenwold, J. (2011). Implementing integrated services for adults with co-occurring substance use disorders and psychiatric illnesses: A research review. *Journal of Dual Diagnosis*, 7, 39, 150-161.