

ALLIANCEN

UNGE MED DOBBELTDIAGNOSE

**Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder
og samtidigt problematisk brug af rusmidler**

– viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i
Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019

ALLIANCEN



Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler

– viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i
Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019

INDHOLD

Forord	3
Indledning	5
ARTIKEL 1: Unge med dobbeltdiagnoser – intro og forståelsesramme.....	7
<i>Af Susanne Pihl Hansen, Sheila Jones og Hanne Dam</i>	
ARTIKEL 2: Fakta om målgruppen 'Unge med dobbeltdiagnose'	21
<i>Af Peter Jensen og Solvej Mårtensson</i>	
ARTIKEL 3: Rettigheder og hjælpesystemets opbygning.....	29
<i>Af Peter Jensen og Trine Ry</i>	
ARTIKEL 4: Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier	35
<i>Redigeret af Susanne Pihl Hansen</i>	
ARTIKEL 5: Identificering af børn og unge i risiko for at udvikle psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.....	51
<i>Af Sheila Jones og Birgitte Thylstrup</i>	
ARTIKEL 6: Hvordan organiserer vi behandlingen af unge med dobbeltdiagnose i dag?	61
<i>Af Susanne Pihl Hansen</i>	
ARTIKEL 7: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnose	69
<i>Af Birgitte Thylstrup og Katrine Schepelern Johansen</i>	
ARTIKEL 8: Fælles mål for indsatserne til unge med dobbeltbelastning/-diagnose	77
<i>Af Peter Jensen</i>	
ARTIKEL 9: Retningslinjer for indsatser.....	85
<i>Af Katrine Schepelern Johansen og Susanne Pihl Hansen</i>	
ARTIKEL 10: Screening for psykiatriske lidelser og rusmiddelproblemer	95
<i>Af Trine Ry</i>	
ARTIKEL 11: Udredning af unge med dobbelt-problematikker.....	101
<i>Af Heidi Gøtze, Danny Reving, C. Silas Houlberg og Jonatan Hannibal. Red. af Trine Ry</i>	
ARTIKEL 12: Koordinerende indsatsplaner og forløbskoordination	111
<i>Af Peter Jensen og Vibeke Roer Hillerup</i>	
ARTIKEL 13: Efterværn – opfølgning og støtte efter afsluttet behandling.....	117
<i>Af Sheila Jones og Peter Jensen</i>	
ARTIKEL 14: Nye fællesskaber.....	123
<i>Af Birgitte Thylstrup, Sheila Jones og Peter Jensen</i>	
Om Alliancen	130

FORORD

I Helsefonden har vi i mange år haft fokus på mennesker med dobbeltdiagnoser. Det har længe været tydeligt for os, at unge med dobbeltdiagnose er en særligt udsat gruppe, som har brug for en særlig hjælp. Derfor bad vi i 2016 konsulentfirmaerne SPUK og PIHL INKLUSIVE om at gennemføre en vidensopsamling om unge med dobbeltdiagnoser. Vidensopsamlingen pegede entydigt på, at de unge har særlige behov for behandling, og at det er stort behov for at forbedre denne behandling både organisatorisk, metodisk og fagligt, hvis vi vil undgå, at mange af de unge mister dyrebare år, fordi de ikke får den rigtige hjælp på det rette tidspunkt.

På den baggrund besluttede vi – sammen med SPUK og PIHL INKLUSIVE – at etablere et netværk, **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose**. Alliancen består af tre paneler: Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel og et fælles forum, hvor unge, forældre, forskere og praktikere sammen har formuleret en række forslag og anbefalinger til, hvordan vi kan blive bedre til at gribe unge i tide.

Alliancens forslag og anbefalinger er samlet i en Grønbog, som blev præsenteret på høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019. Her drøftede unge, forældre, fagpersoner og forskere fra Alliancen sammen med politikere fra Venstre, Socialdemokratiet, Radikale Venstre, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Konservative samt Alternativet, hvad vi sammen kan gøre for at udvikle og opkvalificere indsatserne til de unge og deres familier. Høringen og Grønbogen er dermed blevet startskuddet til en tiltrængt opkvalificering af området – til glæde for de unge og deres forældre, der i dag ikke får den hjælp, de har brug for, hvis de skal have mulighed for et liv på linje med alle andre.

I denne artikelsamling har vi samlet 14 artikler, der er skrevet på baggrund af drøftelser i Alliancens tre paneler. Artiklerne går i dybden med nogle af de problemstillinger, som er nødvendige at være opmærksomme på, når arbejdet skal opkvalificeres.

Vi vil gerne takke alle bidragsydere til Grønbogen og til denne artikelsamling. Det har været fantastisk at opleve, hvordan alle i Alliancen har deltaget i workshops med stor viden og engagement, og hvordan alle har bidraget med at skrive og give sparring og inputs. Tak for det.

Vi vil desuden sige særlig tak til unge fra Ungepanelet og forældrene fra Forældrepanelet, som har delt personlige historier og dermed givet os uvurderlige indblik i, hvordan vores velfærdssystem fungerer – eller ikke fungerer – på dette meget komplekse område. Det er her den største motivation for forandring findes. Tak for det.

På vegne af Helsefondens bestyrelse

Anne-Mette Winther Christiansen
Formand

Hanne Jervild
Direktør



INDLEDNING

Hvordan kan vi styrke indsatsen til unge under 25 år, der både har en psykisk lidelse og et problematisk brug af rusmidler? Det har vi siden foråret 2018 arbejdet med at formulere et bud på i netværket Alliancen – unge med dobbeltdiagnose.

Der er stort behov for at styrke indsatsen på området, for psykiske vanskeligheder kombineret med et problematisk brug af rusmidler er en særdeles brandfarlig cocktail.

I dag får mange af disse unge ikke relevant og rettidig hjælp. Som konsekvens mister de dyrebare år, hvor deres liv går i stå, fordi problemerne vokser dem over hovedet, og en del af dem kommer skævt ind i voksenlivet.

De unges familier belastes også voldsomt. Forældrene skal kæmpe for og med deres barn, samtidig med at de skal sikre, at de forskellige hjælpesystemer – som ofte arbejder uafhængigt af hinanden – spiller sammen. Oven i det, skal de også håndtere det personlige pres, der følger med, når ens barn har alvorlige vanskeligheder, samt mobilisere overskud til at være der for resten af familien.

Det er en udfordring for hjælpesystemerne, at de unges problemer er så komplekse. Der er ingen nemme løsninger – og ingen fagperson kan løse problemerne alene: Kun hvis alle er klar til at smide de faglige skyklapper, og i stedet vil arbejde sammen og bygge bro hen over de forskellige sektorer og ansvarsområder, kan de unge – og deres familier – få den hjælp, de har brug for.

De 14 artikler i denne artikelsamling er skrevet på baggrund af viden, erfaringer og drøftelser i Alliancens tre paneler: Ungepanelet, Forældrepanelet og Fagekspertpanelet. Artiklerne kan læses hver for sig eller samlet. Tilsammen beskriver og dokumenterer de nogle af de væsentligste problemstillinger – og kommer også med bud på, hvordan vi kan udvikle og opkvalificere hjælpen til de unge og deres familier.

Alliancens overordnede budskab er, at unge med dobbeltdiagnoser skal ses som et **fællesskabsanliggende**, der både angår de unge, deres forældre og fagpersoner på tværs af sektorer og hjælpesystemer – og landspolitikere, kommunalpolitikere og andre beslutningstagere: Vi må **sammen** løfte området og sikre, at de unge får den rette hjælp til rette tid, når de har behov for det. Vi ved, at det er muligt!

På Alliancens vegne

Susanne Pihl Hansen
PIHL INKLUSIVE

Peter Jensen
SPUK

Trine Ry
Konsulent



ARTIKEL 01

UNGE MED DOBBELTDIAGNOSER – INTRO OG FORSTÅELESRAMME

Af Susanne Pihl Hansen, chefkonsulent i PIHL INKLUSIVE, Sheila Jones, adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt Hanne Dam, adjunkt og konsulent, VIA University College

Alliancen har siden opstarten i marts 2018 arbejdet med at indkredse de udfordringer, som unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblemer møder på deres vej gennem hjælpesystemerne – og gennem ungdomslivet i det hele taget. Dette har vi gjort for at lægge op til en erfarings- og evidensbaseret dialog med politikere og beslutningstagere om, hvordan området bedst muligt kan udvikles og kvalificeres. Artiklen præsenterer den eksisterende viden og erfaringer fra de fagpersoner, forskere, forældre og unge, der har deltaget i Alliancen.

For ikke på forhånd at indsnævre målgruppen – og dermed de mulige problemstillinger – har vi arbejdet ud fra en ret bred tilgang til målgruppen, defineret ud fra tre kriterier: *hvem, hvilke problemstillinger samt alder/livssituation*. De unge:

- **har psykiske vanskeligheder og samtidig (mis)bruger rusmidler**, uden at de nødvendigvis har fået stillet psykiatriske diagnoser på deres problematiske brug af rusmidler eller deres psykiske vanskeligheder af en relevant fagperson.
- **oplever at have behov for hjælp i flere hjælpesystemer samtidig**, typisk (kommunal) social misbrugsbehandling og (regional) psykiatrisk behandling.
- **fordrer, qua deres alder og livssituation, en særlig ungetilgang**. Unge befinder sig typisk i en særlig livsfase, hvor de er i gang med at blive voksne, med alt hvad deraf følger af ansvar, forpligtelser, rettigheder osv., hvilket på en række punkter kræver en lidt anden tilgang end arbejdet med voksne. Unge forstås her som unge under 25 år, med en nedre pragmatisk grænse på 12-13 år.

I det følgende vil vi gennemgå disse tre definitions-kriterier for yderligere at indkredse målgruppen af unge og de problemstillinger, de kan møde, når de har behov for hjælp i hjælpesystemerne.

Unge, der har psykiske vanskeligheder og samtidig (mis)bruger rusmidler

Mennesker med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder er ofte blevet omtalt som *mennesker med dobbeltdiagnoser*. Denne betegnelse er flere gange blevet problematiseret i forskning og faglitteratur, fordi begrebet indikerer, at der er foretaget en faglig relevant udredning, som har ført til to diagnoser inden for hhv. misbrug/afhængighed og psykisk lidelse (jf.



'Unge med dobbeltdiagnose' eller 'Unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler'



I Alliancen har vi valgt at forstå 'Unge med dobbeltdiagnose' **både** som unge, der er blevet udredt og har fået diagnoser for psykiske lidelser og problematisk brug af rusmidler, **og** som unge, der ikke er blevet udredt og diagnosticeret, men som både har psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler. Efter ønske fra de unge i Alliancens Ungepanel er vores logo udformet som et stempel, da det er sådan, de unge oplever begrebet: Som et stempel, de får i panden af omverdenen.

WHO's diagnosesystem ICD eller det amerikanske diagnosesystem DSM). Samtidig er det blevet kritiseret, at begrebet med fokus på "dobbelt" skygger for, at disse mennesker sjældent kun møder problemer inden for to områder, men snarere har multiple problemer, fx familierelationer, bolig/hjemløshed, somatiske lidelser, økonomi og problemer med uddannelse og beskæftigelse.

Begrebet *dobeltdiagnose* er stadig udbredt i daglig tale (i faglig praksis og medier), men på Socialstyrelsens Vidensportal anbefales følgende definition: *Borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. (Socialstyrelsen, 2018)*

Vi læner os op ad Socialstyrelsens definition, men ønsker at tilpasse definitionen til **unge** og deres særlige livssituation. Den hidtidige forskning og de faglige diskussioner på området har primært haft fokus på voksne, der har psykiske vanskeligheder og samtidige problemer med rusmidler. Men ungdomstiden udgør en særlig livsperiode, der på nogle områder adskiller sig fra tilværelsen som voksen.

Problemer med rusmidler sameksisterer mere som en regel end en undtagelse med forskellige grader af psykiske problemer hos voksne (Pedersen, 2014), og samme tendens kan findes hos unge under 25 år. Dette ses bl.a. i Metodeprogrammet, som undersøgte rusmiddelbehandling for unge mellem 15 og 25 år i ni danske kommuner, hvor 39,1 % af deltagerne (149 ud af 381) kunne genfindes i Det Psykiatriske Centralregister¹ (Pedersen & Pedersen, 2019). Brug af rusmidler kan medføre psykisk mistrivsel hos unge, der over tid kan udvikle sig til en decideret psykisk lidelse og omvendt kan unge, der har psykiske vanskeligheder udvikle problemer med rusmidler, fordi de bruger rusmidlerne til at kompensere for eller afhjælpe de psykiske vanskeligheder (ofte betegnet som "selvmedicinering" af både fagpersoner og de unge selv).

Denne sameksistens af rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder dækker imidlertid over et meget bredt kontinuum af problemer hos unge:

I den ene ende af kontinuummet finder vi unge, der primært bruger rusmidler i en mere eksperimenterende form, ligesom de også eksperimenterer med andre grænser i deres udvikling mod voksenlivet. Samtidig kan de, qua at de er unge og endnu ikke har udviklet en sikker identitet – med al den usikkerhed og måske også følelsesmæssige ubalance, der heraf følger – i perioder have noget, de selv eller andre oplever som psykiske vanskeligheder, fx i form af angst eller lettere depression.

¹ Diagnosekategorien *F1 Psykisk lidelse forårsaget af psykoaktive stoffer* ikke medtaget.

I den anden ende af kontinuummet finder vi unge, der har fået et problematisk brug af rusmidler, dvs. at de bruger rusmidler på en måde, der har medført sociale, fysiske og/eller psykiske skader for dem selv eller andre, samtidig med at de har alvorlige psykiske problemer, såsom psykoser. Omvendt finder vi her også unge, der har alvorlige psykiske vanskeligheder, som bruger rusmidler til at dulme, "selvmedicinere" eller kompensere for de psykiske vanskeligheder.

Nogle af disse unge vil være dobbeltdiagnosticeret, dvs. at de er blevet grundigt udredt og har fået både en diagnose for afhængighed eller skadeligt brug og en psykisk lidelse. En meget stor del af de unge i målgruppen vil dog endnu ikke have fået stillet diagnoserne, fordi de ikke er udredt, fordi de endnu ikke har været i kontakt med psykiatri/rusmiddelbehandling, eller fordi det ikke skønnes muligt at diagnosticere pga. den unges alder (for tidligt) eller pga. brug af rusmidler.

Når en voksen er dobbeltbelastet af psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, og man derfor må angive mere end en diagnose, vil én af disse i princippet have forrang over de andre, og de øvrige vil blive betragtet som enten følger af den primære diagnose eller som yderligere diagnoser, personen har. Det betyder fx, at hvis en voksen med en alvorligt alkoholafhængighed og livslange symptomer på depression udredes, vil depressionsdiagnosen ofte have forrang i forhold til problemforståelse og behandling. Hvis depressionssymptomerne derimod er opstået oven på et årelangt alkoholproblem, da vil alkoholafhængigheden ofte have forrang.

Når det handler om unge, vil der ofte være en vis samtidighed i fremkomsten af symptomer, ganske enkelt fordi de unge qua deres alder enten ikke har haft symptomerne over længere tid, eller fordi der har været registreret en utilpassethed gennem flere år, som ofte først senere adresseres som enten psykiatri- og/eller misbrugsdiagnose jf. ovenstående. Ved skizofreni ser man fx hos nogle unge først de svære psykotiske symptomer, efter at de unge er begyndt at ryge hash. Forud kan der have været tidlige tegn eller symptomer, som ikke er blevet opdaget eller tilskrevet eventuel psykisk lidelse, men som man først bliver opmærksom på i anamnesen. Det kan derfor være lidt tilfældigt hvilke(n) problematik(er), der får forrang, og, som det beskrives i det følgende, vil disse også typisk være forbundet i et komplekst samspil med andre problematikker.



Eksperimenterende brug af rusmidler: Lejlighedsvis brug 'for sjov'. Kan dog ende med uheld, føre til problematisk brug og fremme/forstærke psykiske vanskeligheder.

Problematiske brug af rusmidler: Hyppig brug, som kan medføre fysiske, psykiske og sociale problemer/skader. Hvornår et forbrug bliver problematisk er individuelt. Indenfor forskning anvendes følgende kriterier ofte: Brug af hash +20 dage pr måned, og/eller af andre stoffer +4 dage pr måned, og/eller af alkohol, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (14 genstande pr uge for kvinder og 21 genstande pr uge for mænd) (Pedersen, 2019 m.fl.)

Psykiske vanskeligheder: En tilstand, hvor der sker forandringer i følelser, tænkning, kommunikation, læring, resiliens, selvværd eller adfærd, som kan give personen problemer socialt, arbejdsmæssigt og relationelt. WHO mfl. definerer psykiske lidelser ud fra kliniske symptomer, som påvirker patientens funktionsevne. Man skelner mellem svær psykisk lidelse (fx skizofreni, psykose, bipolar lidelse I, svær depression, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse) og lettere psykisk lidelse (fx ADHD, svær angst herunder PTSD, alvorlig spiseforstyrrelse, moderat depression og bipolar lidelse II). (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5TM (5th ed.), 2013; WHO, ICD-10, 2016*)



Risiko- og Beskyttelsesfaktorer

Der er ingen enkel forklaring på, hvorfor nogle unge udvikler et bekymrende brug af rusmidler. Men fra forskning ved vi, at en række faktorer kan fremme eller forhindre det, bl.a. social og psykisk mistrivsel.

Beskyttende faktorer:

- Trivsel og mental sundhed, bl.a. stærke personlige handlekompetencer og mestringsevner ift. sociale relationer og håndtering af vanskeligheder
- Opvækst med tryghed og gode, støttende familie-/voksenrelationer
- Stabil tilknytning til uddannelse og job, bl.a. faglig og social trivsel
- Sociale netværk og fritidsaktiviteter i fællesskaber uden rusmidler.

Risikofaktorer:

- Belastet opvækst med brud, svigt, stress, overgreb mm., herunder også problematisk brug af rusmidler eller psykiske problemer hos forældre
- Mistrivsel og psykiske problematikker, som fx ADHD, ensomhed, angst, depression – eller symptomer herpå
- Tidlig rusmiddeldebut
- Venner/netværk med problematisk brug af rusmidler
- Ustabil eller manglende tilknytning til skole/uddannelse, faglig eller social mistrivsel mm.

Socialstyrelsens Vidensportal samt Forebyggelsespakke: Stoffer, Sundhedsstyrelsen, 2018

De unge kan altså have et problematisk brug af rusmidler og psykiske vanskeligheder i varierende grader. En ung kan fx have et forholdsvis lille rusmiddelbrug, men samtidig have alvorlige psykiske vanskeligheder og en høj grad af mistrivsel eller omvendt. Samtidig kan belastningsgraden ændre sig over tid, og den unge kan i nogle perioder opleve at være mere belastet end i andre perioder.

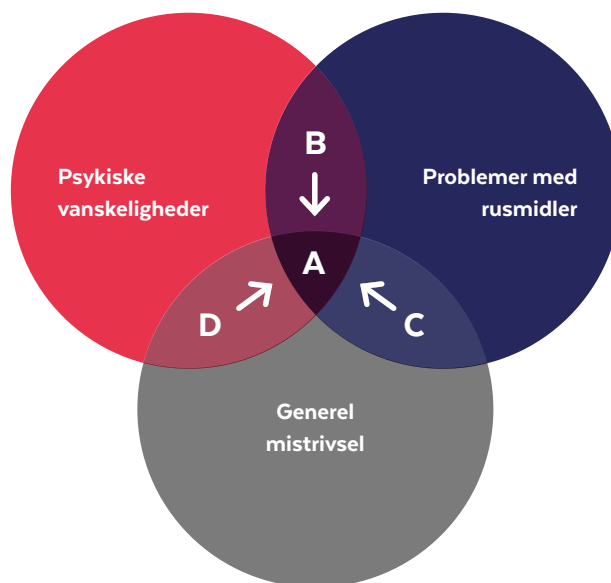
Samtidig ved vi fra øvrig forskning og fagfaglig viden om socialt udsatte unge generelt, at andre problemer påvirker, hvordan problemer med rusmidler og psykiske vanskeligheder opleves af de unge og deres omgivelser, fx problemer med skole/uddannelse, problemer i familien, sociale problemer, selvværdsproblemer osv.

Nødvendigt at se differentieret på målgruppen

Nødvendigheden af at se differentieret på målgruppen af unge – og på deres belastningsgrad – er gennem de senere år blevet grundigt dokumenteret af Center for Rusmiddelforskning, bl.a. via udviklingen af dokumentationsredskabet UngMap, hvor man med udgangspunkt i social rusmiddelbehandling til unge bl.a. har identificeret en række risiko- og beskyttelsesfaktorer. (Pedersen, et al, 2015; Pedersen et al, 2019)

Figur 1 viser, hvordan de unge på forskellige måder kan være ramt af **Psykiske vanskeligheder**, **Rusmiddelproblemer** og **Generel mistrivsel**.

Figur 1



De fleste unge med dobbeltdiagnose befinder sig i felt A og B, fordi de på samme tid har rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder. Alliancens drøftelser viser, at det også er vigtigt at have stor opmærksomhed på de unge, som befinder sig i felt C og D, og som er i risiko for at bevæge sig ind i felt A:

- **Ung A** har alvorlige problemer i alle tre felter: *Psykiske vanskeligheder, et problematisk brug af rusmidler og andre alvorlige problemer, der giver mistrivsel.* Fx en ung med personlighedsforstyrrelser, som dagligt bruger rusmidler i store mængder og som samtidig har problemer med hjemløshed, ikke-succesfuld anbringelse, skole/uddannelses-dropout, arbejdsløshed eller traumatiske oplevelser som overgreb eller vold.
- **Ung B** har – på papiret – *psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler*, men trives tilsyneladende ok med det: Fx en ung mand med ADHD-diagnose, der selv synes, at han har styr på det og kan 'behandle' sin ADHD med hash eller amfetamin. Forældre og myndigheder ser ofte anderledes på situationen, og over tid begynder den unge måske også selv at opleve sit liv som problematisk og rykker ind i felt A.
- **Ung C** har *et problematisk brug af rusmidler og mistrives*: Fx en 15-årig pige, der dulmer store problemer derhjemme ved at ryge hash hver dag og tage ecstasy i weekenderne. Eller en ung mand, der starter med at ryge hash for sjov, men da hans forbrug eskalerer, får problemer med at passe sin uddannelse og smides ud hjemmefra. Over tid kan alvorlig mistrivsel og et langvarigt problematisk brug af rusmidler føre til alvorlige psykiske vanskeligheder som fx svær depression, dvs. en bevægelse mod felt A.
- **Ung D** *mistrives og har en psykisk lidelse*: Fx en pige, der udvikler alvorlig spiseforstyrrelse i teenageårene, eller en dreng, der mistrives i folkeskolen og som senere får en diagnose indenfor autismespektret. Begge unge er over tid i risiko for at få et problematisk brug af rusmidler, fordi alkohol, hash eller andre stoffer kan være et redskab til at håndtere den psykiske lidelse og give adgang til det sociale fællesskab, de ellers er udelukket fra.

Ved begrebet *Unge, med rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder* forstås primært unge, der befinder sig i Felt A og B – og med særlig opmærksomhed på de unge, som befinder sig i Felt C eller D, der er i risiko for at komme ind i Felt A.

Udover i høj grad at påvirke livskvaliteten hos de unge, kommer de unges problemomfang ofte til at udgøre en individuel barriere i forhold til at søge og modtage hjælp. Både fordi rusmiddelbruget ofte forværrer deres psykiske problemer og skaber ustabilitet i deres liv, og fordi det kan påvirke deres motivation og evne til at søge hjælp negativt. Manglende tillid til hjælpesystemerne og det stigma, der knytter sig til at være "psykisk syg" eller "misbruger", er ofte en personlig barriere, der både kan være skabt af dårlige oplevelser, i forbindelse med tidligere behandlingsforsøg og af den unges egne forestillinger (Priester et al., 2016).

De sidste mange års udvikling af rusmiddelbehandlingstilbud til unge har fra flere vinkler vist, at det er hensigtsmæssigt at møde de unge med en anden rummelighed, en længere line og en større grad af opsøgende arbejde og fastholdelse i behandling sammenlignet med behandling af voksne. For en del vil en helhedsorienteret behandlingsindsats, der kan håndtere den unges ofte ambivalente forhold til brug af rusmidlerne, og som indebærer hjælp og støtte til at bedre familierelationer og uddannelsestilknytning, være tilstrækkeligt til at opnå gode behandlingsresultater. (Termansen et al, 2015; Henriksen m.fl., 2020). Komplexiteten omkring unge med rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder kræver imidlertid ofte en langt mere finmasket og koordineret indsats, der indebærer, at man følger og støtter den unge igennem en meget længere periode, både undervejs i behandlingsforløbet og bagefter, end man er nødt til hos unge, der "kun" har rusmiddelproblemer.

Slutteligt skal det nævnes, at selv om mange af de unge har haft en god opvækst i et velfungerende hjem, har en stor del oplevet omsorgssvigt, overgreb og andre traumer. En del af disse unge har haft belastede/belastende opvækstvilkår, deres tidlige socialisering har ikke været normativ, og de kan være marginaliserede eller decideret socialt ekskluderet. Der kan altså være tale om en høj grad af problemer, der rækker ud over rusmiddelbrug, psykisk lidelse og mistrivsel, som overordnet set kan betegnes som manglende normativ socialisering, der har klædt dem dårligt på til at klare sig i tilværelsen.

Unge, der oplever at have behov for hjælp i flere hjælpesystemer samtidig

Når unge, der har rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder søger hjælp, oplever de ofte at falde mellem mange stole. Dels fordi hjælpen er organiseret i flere forskellige hjælpesystemer, der ikke nødvendigvis taler sammen, og dels fordi problemerne i sig selv er komplekse – ikke kun for de unge, men også for hjælpesystemerne omkring dem.

De unges problemer kan ikke løses af en enkelt instans, fordi de går på tværs af mange forskellige fagområder: De psykiske vanskeligheder kræver indsatser fra psykiatrien, rusmiddelproblemerne kræver indsatser fra rusmiddelbehandlingen – og ofte har de unge også problemer med økonomi, uddannelse/arbejde, familie osv., som kræver en indsats fra socialforvaltningen mfl.

Set med den unges øjne hænger problemerne imidlertid ofte tæt sammen: Mange bruger fx hashen til at få styr på tankemylder og uro – og de ser derfor ikke hashen som et isoleret problem, der skal løses adskilt fra de øvrige problemer. Måske de ligefrem ser hashen som løsning på nogle af deres problemer. For de unge kan hjælpesystemernes tendens til at opsplutte indsatserne derfor være med til at skabe endnu flere problemer, når de bliver afvist i ét hjælpesystem, fx psykiatrien, med henvisning til, at de først skal have løst deres rusmiddelproblem i et andet hjælpesystem, rusmiddelbehandlingen (Andersen & Bengtsson, 2019).



Tidligt og sent manifesterede problemer

Hos unge er det hensigtsmæssigt at skelne mellem to tilstande, der kan føre til senere rusmiddelproblemer/psykiske vanskeligheder

- **Tidligt manifesterede, grundlæggende problemer**, hvor den unge allerede som barn har synlige problemer fx i skolen med indlæring og fravær, ekskluderes socialt i 11-14-års alderen og er i risiko for at blive del af miljøer med problematisk rusmiddeladfærd. Nogle diagnosticeres tidligt med fx ADHD, men ofte identificeres og sanktioneres de unge pga. deres problematiske adfærd, uden undersøgelse af, om psykiske vanskeligheder og/eller et rusmiddelbrug spiller ind.
- **Sent manifesterede grundlæggende problemer og ungdomslivsproblemer**, hvor den unge ikke tidligere har haft problemer i skolen, men i puberteten får vanskeligheder med fx følelser eller indlæring, som en reaktion på sociale problemer med at begå sig, forældres skilsmisse eller svære opvækstbetingelser. Nogle af disse unge diagnosticeres nu eller senere med fx autisme eller begyndende skizofreni.

Fælles for begge grupper unge er, at det problematiske rusmiddelbrug oftest udvikler sig som en håndteringsstrategi, som spænder ben for mulighederne for at løse problemerne på en mere hensigtsmæssig måde: Nogle unge isolerer sig og mindsker også på den måde muligheden for at få hjælp, mens andre søger mod alternative ungefællesskaber, hvor man samles om at have svært ved at klare kravene i skolen, sociale relationer til andre unge og familien m.m.

(Vind & Pedersen, 2010)

Problemerkomplesitet kræver derfor, at mange forskellige hjælpesystemer arbejder sammen og koordinerer deres indsats. Der findes ikke én metode eller ét fagområde, der kan håndtere alle problemer på én gang. Komplekse problemer er netop kendetegnede ved, at der ikke findes enkle løsninger: Det er nødvendigt at undersøge problemerne grundigt, inddrage mange parter, prøve sig frem og måske også operere i gråzoner, før det er muligt at finde frem til løsninger, der er skræddersyet til den enkelte unge og dennes familie. Og samtidig være parat til løbende at tilpasse indsatsene, da den unges – og familiens – behov kan ændre sig undervejs.

Målet må være, at de unge og deres familier oplever en helhedsorienteret hjælp, også selv om mange forskellige instanser er involveret. Det fordrer, at der på tværs af de forskellige instanser er en fælles forståelse for, hvordan problemer kan mødes og håndteres.



Bud på en fælles problemforståelse

Inden for organisations- og kompleksitetsteori har man i mange år drøftet, hvordan problemer kan forstås og håndteres – og her kan der være inspiration at hente, når de forskellige fagområder, der skal løfte indsatsen ift. unge med dobbeltdiagnoser, skal arbejde sammen og oparbejde en fælles forståelse for problemer og tilgange (Strøier, 2011; Snowden, 2009; Head & Alford, 2008).

Helt overordnet kan der skelnes mellem to typer af problemer: Tamme og Vilde problemer.

Tamme problemer er forholdsvis enkle at gå til, fordi der findes en nogenlunde fælles forståelse, og fordi der findes konkret viden og erfaringer om mulige løsninger. Det er derfor også muligt at opstille regler for, hvordan problemerne kan håndteres:

- Aktørerne er enige om, at der er et problem, og hvordan man skal forstå problemet.
- Aktørerne har nogenlunde samme opfattelse og analyse af, hvad der er årsag til problemet.
- Aktørerne er derfor ofte enige om, hvordan problemet skal løses, hvilke metoder der skal anvendes, og hvilken rolle de forskellige aktører skal spille i løsningen.

De tamme problemer dækker over både helt simple og lidt mere komplicerede problemer:

Simple problemer med simple løsninger: Her ved man hurtigt, hvad der skal til for at løse problemet, fordi man har viden og 'best practice' på området – måske har man ligefrem en udførlig procedure, som det er nemt at følge. Eksempel: Et barn, der oplever bekymring, grænsende til angst for hverdagsituationer i skolen, vil ofte have gavn af hurtig hjælp til at håndtere denne bekymring/angst, fx gennem samtaler med lærer, skolepsykolog eller evt. gennem et program som Cool Kids.

Komplicerede problemer, som byder på flere mulige løsninger: Her er man nødt til at analysere problematikken nærmere, så man kan vælge den bedste løsning ud fra den viden og de erfaringer, regler og rammer, som man arbejder indenfor. Eksempel: For nogle af de unge, der oplever angst, kan angsten hænge sammen med problemer i hjemmet eller i skolen. Her vil det ikke altid være nok at tilbyde samtaler med den enkelte – det kan også være nødvendigt at arbejde med hele klassens trivsel eller tilbyde hjælp til forældrene. Flere parter er nødt til sammen at analysere problemet, og på baggrund af denne analyse, vælge den bedst mulige løsning.

Vilde problemer er kendetegnede ved, at der ikke er enkle løsninger: Man er nødt til at prøve sig frem og måske operere i gråzoner, hvor man må handle på måder, man normalt ikke ville vælge. Og firkantede regler og procedurer slår sjældent til:

- Aktørerne er usikre på og uenige om, hvorvidt der overhovedet er et problem, og hvad problemet er.
- Aktørerne er ikke enige om årsagerne til problemernes tilsynkomst.
- Aktørerne er ikke enige om, for hvem det er et problem, og hvor ansvaret/delansvaret for løsningen af problemet skal delegeres hen.
- Aktørerne er usikre på deres viden om problemet.
- Problemet går på tværs af mange videnskaber og fagligheder.
- Alle aktører er gensidigt afhængige af hinanden – og man kan derfor ikke bare skære dem fra, som man er uenige med.

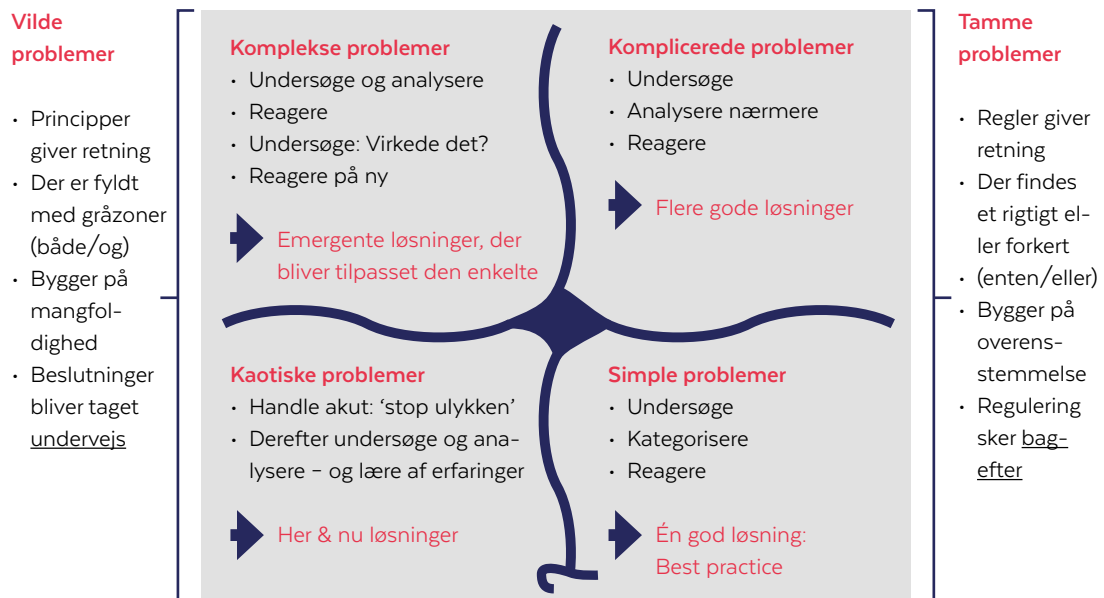
De vilde problemer dækker over meget komplekse problemer – og kaos:

Komplekse problemer findes der umiddelbart ikke nemme løsninger på: Der er ikke én indlysende måde at håndtere dem på, og erfaringer fra lignende problemer kan ikke overføres direkte, fordi andre faktorer også spiller ind. Derfor er man nødt til at analysere, hvordan problemerne opleves, hvilke erfaringer man har med lignende problemer, og hvilken viden, der er på området, før man kan forsøge at udtænke løsninger, som er skræddersyet til den konkrete situation. Eksempel: Når en ung har både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, er der sjældent én forklaring på problemerne – og dermed heller ikke én løsning.

Præcis hvordan den unge skal hjælpes, må derfor komme an på en nærmere analyse og forskellige tiltag må afprøves – med respekt for at den unges behov kan ændres over (kort) tid.

Kaotiske problemer opstår pludseligt: Når man arbejder med mennesker, er der altid risiko for, at der sker noget uventet, så alt bliver kaos. Eksempel: Hvis den unge bliver droppet af kæresten, mor begår selvmord, eller stemmerne siger, at man skal kaste en stol, kan alt dét, der ellers var opnået i behandlingen med ét ryge på gulvet. Når problemer bliver kaotiske, er man som fagperson tvunget til at handle akut ved at gøre dét, der giver bedst mening lige nu og her – og så bagefter analysere situationen og vurdere, om man næste gang skal handle anderledes.

Problemforståelse



Når der skal handles på vilde problemer, fx når vi skal tilbyde hjælp til unge, der både oplever psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, er det vigtigt bl.a. at stræbe efter:

- At have en overordnet vision og principper, som kan skabe retning og rammer for indsatsen,
- At skabe en struktur, der giver plads til at den unge kan mødes fleksibelt,
- At kunne rumme tilsyneladende fejl eller indsatser, der ikke virker i første omgang, og se dem som en mulighed for ny indsigt, læring og praksis
- At kunne koordinere på tværs af fagligheder og sektorer for at skabe størst mulig mening og sammenhæng for den unge
- At den unge selv skal være med til at finde løsninger – fordi det først og fremmest er den unge, der skal kunne se og forstå meningen med indsatsen
- At udvikle og anerkende praktisk dømmekraft – dvs. at situationen og indsatsen løbende vurderes og evt. justeres på baggrund af en kombination af viden, kompetencer, intuition og situeret læring. Som tidligere socialoverlæge i Københavns Kommune, Peter Ege, engang har sagt: *"Behandling skal udføres på baggrund af evidens, fakta og sund fornuft."*

Unge, der qua deres alder og livssituation ofte fordrer en særlig ungetilgang

Unge under 25 år befinder sig i en helt særlig udviklingsperiode i livet. Rent neurologisk sker der nogle forandringer, der medfører at man i denne alder i højere grad er styret af belønning og *sensation seeking* (tendensen til at opsøge nye, spændende og ofte risikobetonede oplevelser), da den del af hjernen, der styrer belønning og motivation udvikles tidligt, mens man i mindre grad lader sig styre af forudseenhed og konsekvenstænkning, da den del af hjernen, der styrer de eksekutive funktioner endnu er under udvikling (Casey, Jones, & Somerville, 2011). Disse forhold stiller særligt en gruppe unge i en sårbar position, nemlig unge, der har problemer med impuls kontrol, affektregulering og/eller kognitive vanskeligheder, altså træk, der kendetegner unge med psykiske vanskeligheder (Romer, Reyna, & Satterthwaite, 2017). Samtidig udgør denne livperiode en overgangsfase, hvor der ligger særlige forventninger, der knytter sig til at blive voksen og selvstændig, med alt hvad deraf følger af ansvar, forpligtelser, rettigheder osv., der for unge med psykiske problemer eller generel mistroivsel kan være svære at indfri. Disse forhold kræver en lidt anden tilgang, end arbejdet med voksne gør.

Unge er "på vej" – fra barndom til voksentilværelse, mange af dem har (endnu) ikke gennemført deres uddannelse/fået fast job, de fleste har (endnu) ikke etableret deres egen familie, de er i gang med at danne sig selv og skabe deres egen identitet.

Unge, der har samtidige problemer med rusmidler og psykiske vanskeligheder, er måske endnu ikke blevet (godt nok) udredt for deres psykiske lidelser, de har måske endnu ikke selv en erkendelse af, at deres rusmiddelbrug er blevet problematisk, men de har heller ikke udviklet en identitet som "misbruger" eller "psykisk syg" endnu. Kort sagt befinder de sig i en livsfase, hvor kun lidt allerede er givet, og hvor meget fortsat kan ske – hvor der altså stadig kan skabes plads til drømme, håb og positive forventninger til livet.

Fra arbejdet med socialt udsatte unge generelt og fra arbejdet med unge med problematisk brug af rusmidler ved vi, at arbejdet med unge fordrer en særlig ungetilgang og et særligt ungesyn (Vind og Finke, 2006; Termansen et al, 2015; UNG Rusmidler, 2019 – work in progress): Det centrale fundament i ungesynet er at betragte de unge som netop først og fremmest unge. Det vil sige at anlægge et *helhedssyn* omkring den unge og dennes liv, hvor et problematisk forbrug af rusmidler i høj grad ses som et symptom på den unges øvrige udfordringer og psykiske og sociale problemstillinger.

Indsatsen skal ligeledes tage afsæt i *et udviklingssyn*, som ser de unge i *en fysisk, psykisk og social udviklings- og læringsproces*, hvor rusmiddelbruget og de psykiske vanskeligheder på afgørende vis kan skade nogle af disse processer. Set fra den unges eget synspunkt vil deres forbrug af rusmidler ofte give mening – også selvom det har negativ indflydelse på den unge i mange forskellige sammenhænge. Nogle af de unge vil måske selv tillægge rusmidlerne "behandlende effekt" ift. deres psykiske vanskeligheder ("selvmedicinering").

Derfor er det en vigtig del af hjælpen til de unge at *forstå og have respekt for den unges egne valg*, fordi respekten er en forudsætning for at finde frem til de vigtige faktorer i den unges liv, som der skal tages højde for og arbejdes med i det videre forløb. Det betyder, at en åben nysgerrighed og evne til fordomsfrit at lytte og forstå den enkelte unges unikke situation og ønsker, er en helt central kompetence for behandlerne.

Samtidig er det vigtigt at have fokus på *kontekst, rammer og relationer* omkring den unges liv. Det betyder, at man i indsatserne skal være nysgerrige på – og forholde sig til – strukturerne og rammerne omkring den unges hverdagsliv, herunder bolig, skole, fritid, rytmer, rammer og normer

i familien, den unges relation til forældrene og øvrige slægtninge, og forhold til venner og kammerater, den unges behov for støtte af betydningsfulde voksne og den unges særlige behov for omsorg.

En central del af ungesynet er, at den unge ses som *ekspert i sit eget liv*. Det betyder, at den unge skal inddrages som en *aktiv part* i tilrettelæggelse og gennemførelse af sit eget rådgivnings- og/eller behandlingsforløb. Det afspejler et behandlingssyn, hvor den unge indgår i *samskabelse* sammen med den professionelle behandler med fokus på *ressourcer og forandringspotentialer*, i modsætning til en behandlingsform, hvor den unge ses som en mere eller mindre passiv modtager af professionel behandling.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den unges *motivation* ofte er *ambivalent*. Det vil sige, at der ikke er tale om en lineær bevægelse i den unges forløb fra umotiveret til motiveret for hjælp, men at den unge typisk bevæger sig mellem forskellige grader af motivation og tro, mod og vilje til forandring. Det betyder, at det hele tiden er en udfordring for behandleren, i samarbejde med den unge, at finde den unges *nærmeste udviklingszone*. Det stiller krav til behandlerne om en høj grad af tålmodighed og rummelighed og en stor evne til at kunne forstå og tilpasse sig den unges dagsaktuelle situation, tilstand og behov.

Ovenstående ungesyn og behandlingstilgang ligger som grundlag i den sociale rusmiddelbehandling til unge, som Socialstyrelsen siden 2011 har arbejdet for at udbrede, med udgangspunkt i de to behandlingsmodeller, U18 og U-turn og i kompetenceudviklingsforløbet UNG Rusmidler (Socialstyrelsen 2016 og 2017).

Opsamling

Unge befinder sig i en afgørende livsfase, hvor de er i gang med at danne sig selv, og hvor de skal finde fodfæste og retning for deres vej ind i tilværelsen som voksne. Unge, der har psykiske vanskeligheder og samtidige problemer med rusmidler, befinder sig i en ekstra sårbar situation. Det kan derfor have store og alvorlige konsekvenser både for de unge selv, men også for familie, søskende og det øvrige samfund, hvis de unge ikke får den rette hjælp og støtte. De unge skal mødes som myndige mennesker, der er på vej, men de har også brug for hjælpende hænder, der signalerer forståelse for alvoren og kompleksiteten i de udfordringer, som de unge og deres familier står i.

Litteraturliste

- Andersen, Ditte & Tea Torbenfeldt Bengtsson (2019): *Rettidighed og synkronisering af indsatser i komplekse ungesager*. Kap. 2 i *Rusmiddelbrugere – i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, red. af Bjerge & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.
- Benjaminsen, Lars, et al (2018): *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*, VIVE.
- Benjaminsen, Lars: *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE, rapport d. 6. juni 2018.
- Casey, B., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011): *Braking and accelerating of the adolescent brain*. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. (2013). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.
- Frederiksen, K. S., Jones, S., Skov, K. B. E., Pedersen, M. M., & Pedersen, M. U. (2018): *MOVE – Implementering af Metodeprogrammet*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Head, Brian og John Alford (2008): *Wicked Problems: The Implications for Public Management*, Paper fra konferencen: Panel on Public Management in Practice, International Research Society for Public Management, 12th. Annual Conference, afholdt i Brisbane, Australien.
- Henriksen, Klaus Goldschmidt m.fl. (2020): *UNG Rusmidler – erfaringer fra kompetence- og metodeudviklingsforløb (arbejdstitel)*. Udføres for Socialstyrelsen af SPUK & PIHL INKLUSIVE sammen med Trine Ry.
- Henriksen, Klaus Goldschmidt og Susanne Pihl Hansen (2015): *Forslag til pejlemærker og indsatsområder – unge ramt af hjemløshed*. SPUK.
- Jensen, Peter og Susanne Pihl Hansen (2016): *Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning – afdækning af viden og erfaringer på området*. Udarbejdet for Helsefonden af SPUK og PIHL INKLUSIVE. (Kan frit downloades på hjemmesiderne: www.spuk.dk og www.pihl-inklusive.dk)
- Leamy, Mary et al. (2011): *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199(6): 445-452.
- Mik-Meyer, Nanna (2018): *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter*, Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019): *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2017): *Effektiv behandling af unge, der misbruger rusmidler*, STOF nr. 29.
- Pedersen, Mads Uffe, et al (2015): *UngMap: En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige unge*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2014): *Samarbejdet om de dobbeltbelastede borgere, Misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien i kommunerne*. Kapitel 10 i *Det Kommunale Sundhedsvæsen*, red. af Birthe M. Pedersen og Steen Rank Petersen, Hans Reitzels Forlag.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016): *Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review*. *Journal of substance abuse treatment*, 61, 47-59.
- Romer, D., Reyna, V. F., & Satterthwaite, T. D. (2017): *Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context*. *Developmental cognitive neuroscience*, 27, 19-34.
- Slade, Mike (2013): *100 ways to support recovery – a guide for mental health professionals*, Rethink, vol. 1.
- Snowden, David and Mary E. Boone (2007): *A Leaders Framework for Decision Making*, Harvard Business Review.
- Socialstyrelsen (2018): *Vidensportal: Tema – Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug (Voksne)*

- Socialstyrelsen (2017): *Kerneelementer af U-turn og U18*, <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/kerneelementer-af-u-turn-og-u18/kerneelementer-af-u-turn-og-u18>
- Socialstyrelsen (2016): *Udbredelse af behandlingsmodeller til unge med misbrug*, <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/projekt-udbredelse-af-behandlingsmodeller-til-unge-med-misbrug>
- Strøier, Vibe (2015): *PPR mellem tamme og forheksede problemer*, Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift.
- Strøier, Vibe (2011): *Konsulentens Grønspættebog*, Dansk Psykologisk Forlag.
- Sønderby, Lotte (2011): *Dobbeltdiagnose – dobbelt belastning?* Artikel i STOF, nr. 17.
- Termansen, Tina, Theresa Dyrvig Henriksen, Nete Krogsgaard Niss, Jan Hyld Pejtersen (2015): *Unge i misbrugsbehandling – en evaluering af tre behandlingsindsatser*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Vind, Leif og Mads Uffe Pedersen, (2010): *Behandling og andre sociale indsatser, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Vind, Leif og Katrine Finke, (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- WHO (2008): *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*



ARTIKEL 02

FAKTA OM MÅLGRUPPEN 'UNGE MED DOBBELTDIAGNOSE'

Af Peter Jensen, Chefkonsulent, SPUK og Solvej Mårtensson, projektleder, Ph.d., Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri

Målgruppen 'Unge med dobbeltdiagnose og dobbeltbelastning' er langt fra entydige størrelser og dermed bliver det også særdeles vanskeligt at finde ud af, hvor mange i Danmark mellem 15 og 25 år, der faktisk opfylder kriterierne for at være i målgruppen. Det kompliceres yderligere af, at unge under 18 år sammen med deres familier får støtte i andre systemer end de unge over 18 år og samtidig af, at der ikke er en ensartet registreringspraksis i de forskellige systemer. Der er med andre ord ikke en samlet opgørelse over, hvor mange unge der har en dobbeltdiagnose/dobbeltbelastning. For at estimere hvor mange det handler om, har vi udover de officielle tal fra Sundhedsstyrelsen mv., trukket på tal fra Center for Rusmiddelforskning, fra Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri samt fra VIVE – Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd.

Antal unge med et problematisk brug af rusmidler

De fleste danske unge har prøvet et eller flere rusmidler, inden de fylder 25 år:

- 92 % unge på 15-16 år har prøvet at drikke alkohol. (ESPAD 2015)
- 41 % unge mellem 16-24 år har prøvet at ryge hash. (Sundhedsstyrelsen, 2017)
- 10,6 % unge mellem 16-24 år har prøvet andre illegale stoffer end hash. (Sundhedsstyrelsen, 2017)

Det er forskelligt, hvorfor unge bruger rusmidler¹, men uanset hvorfor de gør det, vil de fleste over tid reducere eller 'normalisere' deres forbrug i takt med, at de bliver ældre. Men ikke alle. Nogle unge udvikler i stedet et problematisk brug af rusmidler:

- 16-17.000 danske unge 15-25-årige ryger hash hver dag/næsten hver dag (+20 dage om måneden), men bruger ikke andre stoffer.

¹ Hvorfor unge bruger rusmidler:

- *To fit in*: Nogle unge bruger rusmidler, fordi andre unge gør det/fordi de tror, at andre unge gør det, hvorfor de er bange for ikke at passe ind
- *To feel good*: Nogle unge bruger rusmidler for at have det sjovt, fordi rusmidler kan give rus og velvære.
- *To feel better*: Nogle unge bruger rusmidler for at få det bedre, fordi rusmidler kan dulme noget af dét, der gør ondt eller ikke går godt.
- *To do better*: Nogle unge bruger rusmidler for at præstere bedre, fx for at øge koncentration op til eksamen, eller øge muskler og træningsevner.
- *To experiment*: Nogle unge bruger rusmidler for at eksperimentere (NIDA, 2014).

- 19-20.000 danske unge 15-25-årige ryger hash hver dag/næsten hver dag og/eller bruger amfetamin, kokain, ecstasy og/eller andre illegale stoffer mindst 4 dage om måneden.
- 73.000 unge 15-25-årige drikker sig fulde mindst én gang om ugen (binge-drinking = mindst 5 genstande ved samme lejlighed) (Pedersen et al, 2015).

Mange af disse unge ser ikke selv deres brug af rusmidler som et problem – og nogle oplever det tværtimod som en hjælp til at håndtere andre problemer og udfordringer i deres liv.

Antallet af unge med en dobbeltdiagnose/dobbelbelastning

Vi ved ikke præcist, hvor mange unge, der har dobbeltdiagnoser/er dobbeltbelastede, fordi de unge er registreret i forskellige systemer – eller måske slet ikke er registeret.

Center for Rusmiddelforskning har sammenlignet data fra forskning i unges brug af rusmidler (UngMap) med registreringer i Landspatientregisteret. De følgende tal er dermed estimater, der er forbundet med en vis usikkerhed, og omfanget er sandsynligvis større, end det her angives, da gruppen af unge med samtidige psykiske problemer og rusmiddelbrug er blandt den gruppe, der er sværest at motivere for behandling, og som oftere ikke besvarer spørgeskemaundersøgelser, end unge uden disse problemer.

Når vi ser på alle danske unge mellem 15 og 25 år, viser tallene at:

- 11% (90.500 unge) er registreret med en psykiatrisk diagnose – dvs. at de på et tidspunkt har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, har været i ambulant behandling og/eller haft kontakt med en psykiatrisk skadestue og har fået en psykiatrisk diagnose.

Når vi ser på de unge på 15-25 år, som har en psykiatrisk diagnose, peger tal fra spørgeskemaundersøgelser på, at

- Ca. 14% af de unge med en psykiatrisk diagnose har haft et forbrug af cannabis/andre illegale rusmidler indenfor den seneste måned svarende til ca. 12.600 unge.
- Ca. 7% af de unge med psykiatrisk diagnose har røget cannabis mere end 20 dage indenfor den seneste måned og/eller taget andre illegale stoffer mindst en gang indenfor den seneste måned svarende til ca. 6.400 unge.

Disse tal er særdeles usikre pga. vanskelighederne med registrering, og tallene må – som nævnt – alene af den grund antages at være noget større.

Ud over de unge, der er registreret i Landspatientregistret, får et ukendt antal danske unge udskrevet psykofarmaka af egen læge eller privatpraktiserende psykiater, og dertil kommer de unge, som har et misbrug af alkohol. (Pedersen, Mads & Uffe Sevelsted, J. (in press): *Unge trivsel og brug af rusmidler fra 2014/2015 til 2019. En deskriptiv rapport, Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning*)

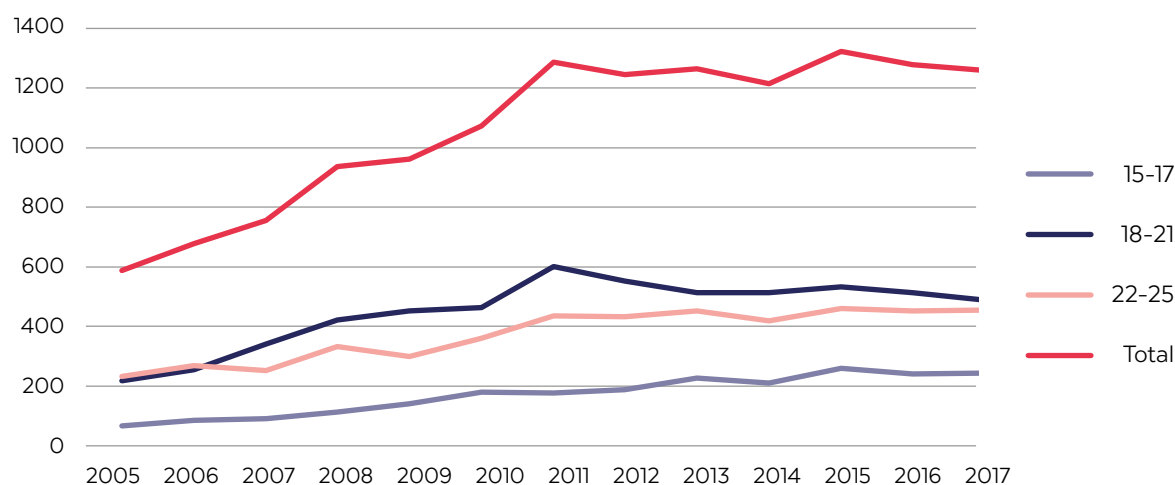
Samlet set peger det på, at der er en del flere unge i målgruppen, end det er muligt at trække ud af de tilgængelige 'registreringssystemer', men vi kender ikke det præcise antal. Vi ved dog, at det i hvert fald drejer sig om mindst 6.400 unge. For en stor del af disse unge vil deres familier/søsken- de også være en aktiv part i forhold til den unges vanskeligheder: Det vil derfor være rimeligt at antage, at i hvert fald ca. 25.000 mennesker i Danmark er nært berørt af dobbeltdiagnoseproblematikker blandt unge mellem 15-25 år.

Hvor mange nye tilfælde af dobbeltdiagnose ses i psykiatrien?

Beregninger udført af Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri på baggrund af tal fra den Psykiatrisk del af Landspatientregisteret 2005-2017 viser, at et stigende antal unge med dobbeltdiagnose behandles i psykiatrien (dobbeltdiagnose defineret som kombination af afhængighedssyndrom, F1.x1, eller skadeligt brug, F1.x2, af rusmidler og en psykiatrisk diagnose i F-kapitlet) (Mårtensson, 2019):

Desuden viser beregningerne, at der er tale om mere end en fordobling af nye unge (incidente tilfælde) med dobbeltdiagnose i alderen 15-25 år, der enten er indlagte i psykiatrien, frekventerer psykiatriske skadestuer eller er i ambulant behandling i psykiatrien (se figur 1).

Figur 1: Antal nye dobbeltdiagnose tilfælde per aldersgruppe, uden hensyn til type af psykiatrisk diagnose



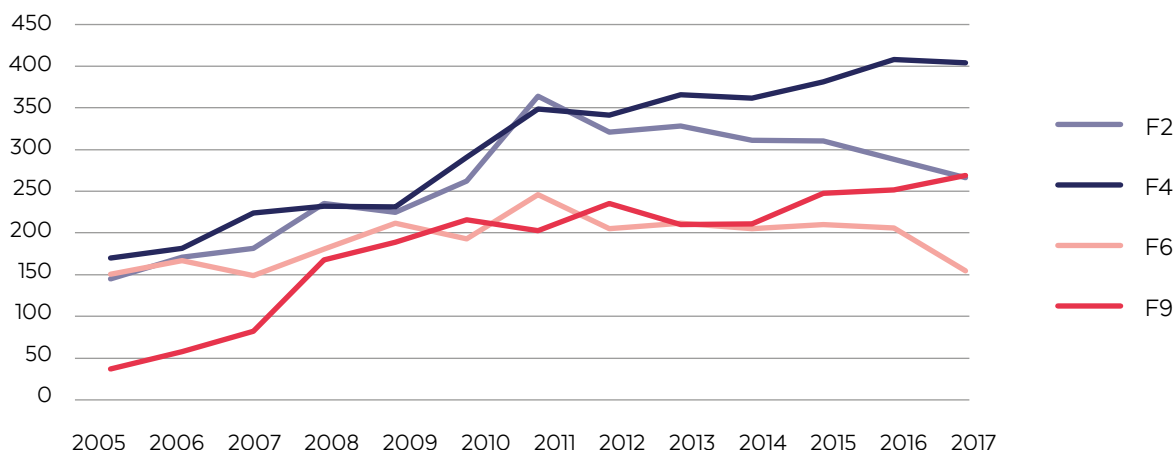
Det fremgår af figur 1 (Mårtensson, 2019), at den markante stigning i antallet af nye unge er sket fra 2005 til 2011, hvorefter antallet siden 2011 har ligget nogenlunde stabilt omkring 1200 incidente tilfælde i målgruppen årligt. Samtidig er det værd at bemærke, at antallet i børne- og ungdomspsykiatrien er steget fra ca. 100 til ca. 250. Stigningerne hænger formentlig sammen med, at psykiatrien er blevet bedre til at diagnosticere (og dermed registrere), men der er samtidig tale om en reel stigning, der formentligt ikke alene kan relateres til diagnosticeringen.

Hvis vi ser på, hvordan stigningen fordeler sig på diagnoser (F2, F4, F6 og F9)², er dette vist i Figur 2:

² Figur 2 anvender WHO's ICD-diagnosegrupper. Disse er:

- F0 Organiske psykiske lidelser (demens, delir, hjerneskader)
- F1 Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande (hash, alkohol)
- F2 Skizofreni, akut psykose, paranoid psykose, skizoaffektiv sindslidelse
- F3 Affektive sindslidelser (mani, depression, bipolar lidelse)
- F4 Angst og belastningsreaktioner (angst, fobier, panikangst, OCD, PTSD, krisetilstande)
- F5 Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser)
- F6 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen.
- F7 Mental retardering
- F8 Psykiske udviklingsforstyrrelser (herunder autisme)
- F9 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller

Figur 2: Antal nye dobbeltdiagnose tilfælde per år inden for de enkelte diagnosegrupper



Kommentarer til figur 2:

1. Antallet af patienter i de enkelte år i figur 2 er ikke det samme som i figur 1, da en person kan få en ny primær psykiatrisk diagnose ved en anden kontakt. Ydermere er alle diagnosegrupper ikke medtaget.
2. Hver patient tælles kun med en gang, selvom de har flere psykiatriske diagnoser. I så fald er det den øverste diagnose i diagnosehierarkiet, der bliver registreret (FO er den øverste).

I forhold til udgangspunktet i 2005 og indtil udgangen af 2017 er der sket en stigning på:

- Ca. 80 % i dobbeltdiagnoser, hvor den psykiatriske diagnose er skizofreni, akut psykose, paranoide psykose, skizoaffektiv sindslidelse (F2),
- Ca. 145% hvor den psykiatriske diagnose er angst og belastningsreaktioner (F4)
- Ca. 490%, hvor den psykiatriske diagnose er adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (F9)

Antallet af unge med forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur i voksenalderen (F6) er uændret.

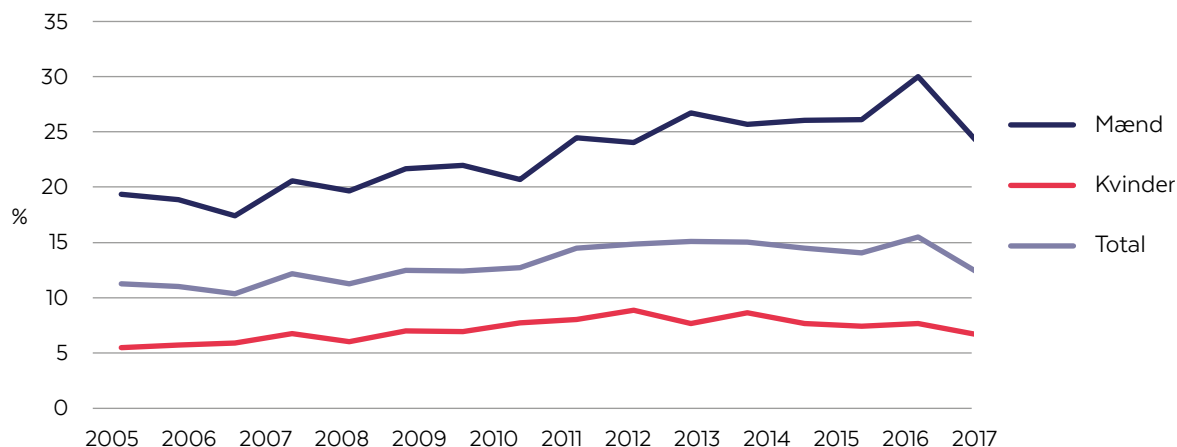
Mens diagnosegrupperne F2 og F6 ser ud til at være stagneret/faldet, har der i forhold til F4 og F9 været en stort set ubrudt stigning siden 2005. Denne udvikling stiller krav til det psykiatriske system i forhold til håndtering af dobbeltdiagnose-problematikken – både i forhold til kvalificering af indsatsen (kvalitet) og i forhold til håndtering af det øgede antal (kapacitet).

Unge indlagte på psykiatriske afdelinger

Beregninger fra udført af Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri på baggrund af tal fra den Psykiatrisk del af Landspatientregisteret 2002-2017 viser derudover til unge indlagte i psykiatrien, at:

- Antallet af unge dobbeltdiagnosticerede mellem 15 og 25 år indlagte i psykiatrien er fordoblet fra 2002 til 2017: Fra 553 unge i 2002 til 1152 unge i 2017.
- Unge med dobbeltdiagnose udgør for de unge mænds vedkommende 24,3%, mens det for de unge kvinders vedkommende er 6,7% af alle indlagte i aldersgruppen 15-25 år (Mårtensson, 2019).

Figur 3: Andel personer indlagt med en dobbeltdiagnose i alderen 15-25



Den samlede andel af unge indlagte med dobbeltdiagnose har i perioden fra 2002 til 2017 svinget mellem ca. 10% til godt 15% af de indlagte (se figur 3).

Figur 3 (Mårtensson, 2019) viser, hvordan den procentuelle udvikling har været fra 2002 til 2017.

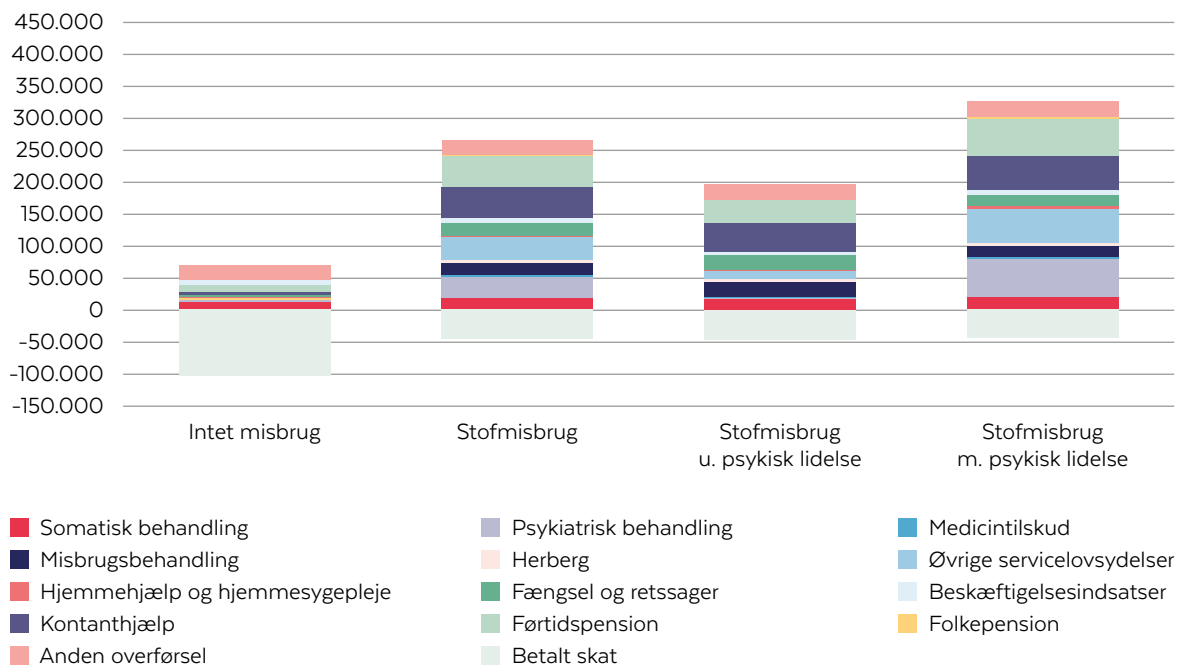
Det er behandlingspsykiatrien i Regionerne, der både har ansvaret for den psykiatriske behandling og for rusmiddelbehandlingen, når de unge er indlagte (Kilde: Brev fra Sundhedsministeriet af 3/6 2016, hvor psykiatriens rusmiddelbehandlingsansvar præciseres). Stigningen i antallet af unge med dobbeltdiagnose i de psykiatriske døgnafdelinger øger både behovet for flere 'hænder' i behandlingen og samtidig for en kvalificering af behandlingen, hvor der generelt i psykiatrien efterspørges viden om rusmidler og rusmiddelbehandling.

Hvad koster det?

Den betydelige usikkerhed, der er omkring antallet af unge, der er dobbeltbelastede/har en dobbeltdiagnose, gør det meget vanskeligt at opgøre, hvad de samfundsmæssige omkostninger er – både i forhold til udgifter til diverse hjælpe- og behandlingssystemer og i forhold til 'manglende' skatteindtægter. Det tætteste, det er muligt at komme på en sådan beregning, er en afdækning fra VIVE af de samfundsøkonomiske aspekter af borgere mellem 18 og 79 år med samtidigt stofmisbrug og psykisk lidelse (Benjaminsen m.fl., 2018, VIVE). Der er 4.076.920 personer i denne aldersgruppe i Danmark, og af disse har 21.704 personer et samtidigt misbrug af rusmidler og psykisk lidelse, hvilket svarer til ca. 0,5% af befolkningen. Undersøgelsen har set på, hvad de gennemsnitlige udgifter pr. borger pr. år er til indsatser og ydelser for denne gruppe menneske, sammenlignet med andre befolkningsgrupper (se figur 4).

Gennemsnitlige udgifter pr. borger pr. år til indsatser og ydelser (18-79 årige, 2014) for stofmisbrugere med og uden psykisk lidelse, samt for ikke-misbrugere i den øvrige befolkning:

Figur 4. Kilde: Benjaminsen, 2019



Det fremgår af figur 4, at mennesker med stofmisbrug og samtidig psykisk lidelse i alderen 18-79 år i gennemsnit har et 'træk' på velfærdsydelse på ca. kr. 325.000 pr år pr. person, mens det for almenbefolkningen i gennemsnit drejer sig om ca. kr. 70.000 årligt.

I VIVE's tal findes en udspecificeret opgørelse over målgruppen 18-39 årige. Her svinger de årlige nettoudgifter (udgifter efter skat) for personer indenfor de tre kategorier: 'psykisk lidelse med misbrug', 'misbrug med kompleksitet' og 'psykisk lidelse med misbrug og kompleksitet' mellem 212.000 kr.-329.000 kr. pr. person. (Benjaminsen m.fl., 2018)

Vi ved ikke, om den gennemsnitlige udgift for en ung i alderen 15-25 år, der er dobbeltbelastet, er højere eller lavere, men vi ved, at en del af disse unge uden en relevant behandlingsindsats på det rigtige tidspunkt med tiden vil have større sandsynlighed for at havne i gruppen af mennesker med stofmisbrug og psykisk lidelse, og dermed – udover at være i risiko for at få et liv på kanten af samfundet – også vil være i risiko for at indgå i den gruppe af mennesker, hvor trækket på velfærdsydelse er ca. 5 gange så højt som for normalbefolkningen.

Anbefalinger

Alliancen vurderer, at der er behov for:

- Afklaring af – enten ved anvendelse af eksisterende databaser eller gennem ændret registreringspraksis – hvor mange unge mellem 15 og 25 år, der har en dobbeltdiagnose/er dobbeltbelastede.
- Afklaring af hvad det øgede antal patienter betyder for behandlingen i psykiatrien, og hvilken viden psykiatrien mangler i forhold til at kunne leve op til det behandlingskrav, de har i forhold til rusmiddelbehandling af indlagte.
- Afklaring af hvilke samfundsøkonomiske konsekvenser der er ved en mangelfuld tidlig behandlingsindsats

Litteratur

- Benjaminsen, Lars (2019), VIVE: *Oplæg og slides fra National konference 11.-12 marts 2019, Stofmisbrug 2019*, KABS-Viden.
- Benjaminsen, Lars, Jesper Fels Birkelund, Morten Holm Enemark og Stefan Bastholm Andrade (2018): *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter*, VIVE.
- Brev fra Sundhedsministeriet af 3/6 2016, hvor psykiatriens rusmiddelbehandlingsansvar præciseres, Sundhedsstyrelsen.
- ESPAD (2015): *ESPAD – Report 2015. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD.
- Mårtensson, Solvej (2019): *Notat: Unge ml. 15 og 25 med dobbeltdiagnose i psykiatrien fra 2002-2017*, Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri.
- NIDA (2014): *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse.
- Pedersen, Mads & Uffe Sevelsted, J. (in press): *Unge trivsel og brug af rusmidler fra 2014/2015 til 2019. En deskriptiv rapport*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe & Kirsten Frederiksen & Michael Muldbjerg Pedersen (2015): *Ung-MAP: En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *Narkotikasituationen i DK – Nationale data*, Sundhedsstyrelsen.



ARTIKEL 03

RETTIGHEDER OG HJÆLPESYSTEMETS OPBYGNING

Af Peter Jensen, Chefkonsulent, SPUK og Trine Ry, Konsulent, TrineRy

Når unge har samtidige psykiske vanskeligheder og en rusmiddelproblematik, er det sjældent de eneste to problemområder, der er i deres liv. Ofte vil de også have vanskeligheder i forhold til fx skole- og uddannelsessystemet, bolig, økonomi og arbejde. Indenfor alle disse forskellige områder findes der særlige ordninger, der har til hensigt at støtte og fastholde unge i alment systemerne. Det er derfor en ganske omfattende ambition at give en oversigt over det samlede hjælpesystems muligheder og de vanskeligheder, det giver i forhold til systemernes samspil. Vi har valgt at afgrænse fokus så det primært handler om støtten fra rusmiddelbehandlingssystemet, det regionale psykiatriske behandlingssystem og de særlige støttemuligheder til unge og deres familier efter Serviceloven §§ 52 og 76.

Hvilke døre findes der som indgang til hjælpesystemet?

Når man som ung eller forældre har brug for hjælp til en psykiatrisk problemstilling og en rusmiddelproblematik, kan det være en uoverskuelige opgave at finde ud af, hvor man kan få den relevante hjælp.

Det skyldes, at hjælp til rusmiddelproblematikker hovedsageligt findes i det kommunale system, mens hjælp til psykiatriske problemstillinger oftest findes i sundhedssystemet. Der er desuden stor forskel på, hvordan de enkelte kommuner og regioner har organiseret deres hjælp til unge og deres forældre, og det kan være et detektivarbejde at finde frem til den rigtige dør.

En del af de unge og forældre i Alliancen har berettet om at blive afvist med henvisning til enten den psykiatriske problemstilling, hvor de er blevet afvist i rusmiddelbehandlingssystemet eller rusmiddelproblemet, hvor de er blevet afvist i det psykiatriske behandlingssystem.

Indgangen til stofmisbrugs- samt alkoholbehandling for unge under og over 18 år

Er man ung under 18 år eller forældre til en ung under 18 år med rusmiddelproblemer samt psykiske problemer kan indgangen være det kommunale rusmiddelcenter samt kommunens og børne- og familieafdeling.

De unge under 18 år kan, hvis forbruget af rusmidler er behandlingskrævende, tilbydes misbrugsbehandling. Derudover vil kommunen have en række interne og eksterne ydelser og foranstaltninger, de unge og den unges familie kan blive visiteret til, det kan eksempelvis være en SSP-konsulent, en psykolog fra den kommunale PPR, familiebehandling eller familiekonsulent,

en kontaktperson. De vil som hovedregel ikke være specialiseret i rusmiddelproblematikker, men have generel viden og erfaring med udsatte unge og deres familier.

Er man ung over 18 år, har langt de fleste kommuner (*Alkohol og Samfund, 2019*) oprettet deres eget kommunale tilbud til borgere med alkohol og stofmisbrug.

Hvis der ikke er et kommunalt tilbud, skal man som regel henvende sig til den kommunale rusmiddelkonsulent eller en sagsbehandler, der arbejder i voksenafdelingen – ofte benævnt social- og psykiatriafdeling.

Indgangen til psykiske problemstillinger, der skal behandles i Sundhedssystemet

Har man som ung psykiatriske vanskeligheder, der skal udredes og/eller behandles i sundhedssystemet, kan man rette henvendelse til egen praktiserende læge, der kan henvise videre til relevant hjælp. Man kan også, såfremt man er under 18 år, blive henvist til den regionale børne- og ungdomspsykiatri, via PPR eller Socialforvaltningen.

For de unge under 18 år, kan lægen henvise til:

- Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri
- Børn- og ungdomspsykiatrien i Regionen
- Privatpraktiserende psykolog

For unge over 18 år kan lægen henvise til:

- Speciallæge i psykiatri
- Voksenpsykiatri i Regionen, herunder distriktspsykiatrien, der er en lokal forankret ambulante behandling.
- Privatpraktiserende psykolog

For voksne er det beskrevet, at psykiatrien omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne (*Sundhedsstyrelsen, 2018*).

For børn og unge under 18 år omfatter psykiatrien forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske sygdomme hos børn og unge (*Sundhedsstyrelsen, 2019*).

Når den praktiserende læge henviser en ung til psykiatrien, vil et centralt visitationsudvalg vurdere, om psykiatrien kan og skal hjælpe den unge. Såfremt den unge afvises, kan begrundelsen være, at det vurderes, at den unge skal hjælpes i andre systemer, som fx hos privatpraktiserende psykolog eller hos PPR.

For de unge under 18 år er det beskrevet, at det er sværhedsgraden, der afgør, i hvilket regi den unge skal behandles. Det er børne- og ungdomspsykiatrien, der varetager de mere komplicerede/specialiserede opgaver, mens lettere problemstillinger bør varetages i praksissektoren og i kommunerne (*Sundhedsstyrelsen, 2019*).

På voksenområdet er det almen praksis, der varetager patienter med et bredt spektrum af psykiske

lidelser, fx let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug samt opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser. Almen praksis varetager desuden opfølgning og kontrol af visse patienter efter udskrivning fra sygehus (*Sundhedsstyrelsen, 2018*).

Der findes psykiatriske skadestuer i alle landets fem regioner, hvor kan man henvende sig ved akut hjælpebehov, fx hvis den unge er selvmordstruet.

Støtte og behandling til unge med et problematisk forbrug af rusmidler

Det er den unges hjemkommune, der skal tilbyde stofmisbrugsbehandlingen, enten på egen kommunal institution eller via et samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud. Dette krav til kommunal rusmiddelbehandling er beskrevet i Servicelovens § 101

Serviceoven sikrer således:

- Garanti for et behandlingstilbud
- Ret til frit valg mellem behandlingstilbud af tilsvarende karakter (for unge over 18 år)
- Retskrav på et behandlingstilbud inden for 14 dage efter henvendelse
- Unge under 18 år, der har et forbrug af illegale rusmidler, der medfører alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer for den unge, har også ret til Stofmisbrugsbehandling. De adfærdsmæssige problemer skal have en karakter, som gør, at den unge ikke kan fungere i sin hverdag – i familien, på uddannelsen eller arbejdet. Der er her tale om unge med sociale, fysiske og/eller psykiske skader, som er forårsaget af rusmiddelforbruget.

Som pårørende til en ung over 18 år med rusmiddelproblemer, har man ikke krav på at blive inddraget, eller selv at kunne modtage samtaler. Mange behandlingssteder tilbyder dog både at inddrage pårørende i behandlingen (hvis den unge giver samtykke), og tilbyder desuden den pårørende samtaler, uanset om den unge er i behandling eller ej.

Rusmiddelbehandlingen vil som oftest foregå ambulant og med samtaler med en sundhedsfaglig eller socialfaglig medarbejder, der har specialviden om rusmidler. Alle unge, der modtager rusmiddelbehandling, skal have mulighed for en samtale med en læge.

Der er i Sundhedslovens § 141 hjemlet en ret til gratis alkoholbehandling til unge. Derudover gælder det, at:

- Alkoholbehandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at den unge har henvendt sig til et alkoholbehandlingssted.
- Den unge frit kan henvende sig og modtage behandling i alle kommuner og på private behandlingssteder, der har en samarbejdsaftale med kommunen (*se www.alkolinjen.dk for godkendte steder*)
- Den unge kan modtage gratis behandling og være anonym (*Servicestyrelsen, 2010 og Socialstyrelsen, 2012*)

Kommunen ikke afvise at udrede eller behandle unge med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse (*Sundhedsstyrelsen, 2014*).

Psykiatrisk behandling

Ved henvisning til psykiatrisk behandling på et offentligt sygehus gælder det, at behandlingen skal opstartes inden for 30 dage, og såfremt denne garanti ikke kan overholdes, kan man frit vælge et godkendt privat hospital/behandlingssted

Det er forskelligt, hvordan de enkelte regioner er bygget op og hvilke tilbud, der er til unge. Som oftest vil der være både et ambulansetilbud og et døgnindlæggelsestilbud, og inden for nogen områder er der specialiserede tilbud, fx tilbud specialiseret i ADHD behandling eller spiseforstyrrelser.

Den regionale behandlingspsykiatri må ikke afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed (*Sundhedsstyrelsen, 2014*).

Til unge, der er indlagt i den regionale behandlingspsykiatri, og som har et samtidigt behandlingskrævende problematiske forbrug af rusmidler, er det det psykiatriske behandlingssystem, der skal stå for rusmiddelbehandlingen (*Sundhedsministeriet, 2016*).

Rådgivning

Alle børn, unge og deres familier har ret til tilbud om anonym og åben rådgivning (Serviceloven §10 og 11). Denne ret indebærer, at de frit kan henvende sig alene med det formål at få rådgivning. Det betyder, at der ikke kan stilles krav om at få oplyst den unges navn eller andre data. Den unge skal heller ikke have tilladelse fra forældrene. Der er ingen aldersgrænse for retten til rådgivning (*Socialstyrelsen, 2012*).

De unge under 18 år

Regelsættet i Serviceloven (SEL) for de under 18-årige har som formål at sikre, at børn og unge med særlige støttebehov kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (SEL §46). I forhold til unge over 18 år rummer lovgivningen en meget betydningsfuld forskel for de unge 18 år, nemlig at deres forældre er en del af alle skridt i den støtte, der gives til den unge. Det er således som udgangspunkt en forudsætning for støtte, at de unges forældre giver samtykke til støtten, at de partshøres på afgørelser og dokumenter i sagen, ligesom der ligger en forpligtelse på løbende at inddrage forældrene i forløbet med den unge (i forhold til revision af handleplan, opfølgning m.v.). Forældrene kan opnå en lignende status for unge over 18 år, men så kræver det et samtykke fra den unge.

Unge under 18 år, der har brug for social behandling for stofmisbrug, har særlige muligheder for at komme hurtigt i behandling jf. SEL §101 (*kilde: bekg nr. 714 af 19/6 2013*), men de falder ind under reglerne i SEL kapitel 11, hvilket betyder, at der skal træffes afgørelse om iværksættelse af en børnefaglig undersøgelse. En sådan undersøgelse rummer en række steps, der definerer undersøgelsens forløb – fra den første henvendelse/underretning (SEL §153) over den børnefaglige undersøgelse (SEL §50) til handleplanen (SEL §140)

Målet for en sådan undersøgelse er at kunne vurdere, hvilket behov den unge har for særlig støtte, og når dette behov er afdækket, så iværksætte en relevant foranstaltning efter SEL §52 stk 3. Disse foranstaltninger kan være:

- Praktisk pædagogisk bistand i hjemmet (nr. 2)
- Familiebehandling eller behandling af den unges problemer (nr. 3)
- Udpegning af fast kontaktperson (nr. 6)
- Anbringelse udenfor hjemmet (nr. 7)
- Formidling af praktiktilbud (nr. 8)
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk/pædagogisk støtte (nr. 9)

Retskrav

Uanset hvilke støttemuligheder (myndighedsydelser eller andre kommunale ydelser), der sættes i værk i forhold til en ung, er der tale om en regelsæt/en lovgivning, der definerer, hvilke ydelser kommunen skal have mulighed for at iværksætte, men det er samtidig kommunens skøn/vurdering i forhold til den unges behov, der er afgørende for, om ydelserne rent faktisk udmøntes. Hvis man er part i en sag om en ung under 18 år, og er utilfreds med den afgørelse kommunen har truffet, er det muligt at anke afgørelsen. Hovedreglen er her, at det er Ankestyrelsen, der er ankeinstansen. Anken skal dog først sendes til den myndighed, der har truffet afgørelsen, og det vil typisk være den unges hjemkommune. Hjemkommunen vurderer herefter, om parten i sagen skal gives helt eller delvist medhold i klagen (bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område §66 stk. 1), eller om afgørelsen fastholdes (bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område §66 stk. 2), hvorefter klagen videregives til Ankestyrelsen.

Hvad kan vi gøre her og nu?

Vi ved fra arbejdet i Alliancen, at unge og forældre har meget vanskeligt ved at finde rundt i hvilke rettigheder og muligheder, de har i de forskellige systemer. Og de har især vanskeligheder med at finde ud af, hvordan samspillet mellem systemerne er. Vi ved også fra arbejdet i Alliancen, at de professionelle har nogle af de samme vanskeligheder – de har 'styr' på muligheder og begrænsninger i deres eget system, men er ofte mere usikre på muligheder og begrænsninger i de andre systemer.

Når vi har indrettet vores systemer i søjler som fx social og sundhed, så følger der også nogle afgrænsninger, hvor vi ved henvisninger fra det ene system til andet risikerer at medvirke til at placere dem mellem to stole, uden at de får den hjælp, som de har brug for.

Det er klart, at et tættere samarbejde (eller en fuldt integreret behandlingsmodel) mellem systemer kan modvirke, at uvidenhed om systemernes muligheder og begrænsninger kan reducere, at de unge og deres forældre ikke får den hjælp, de har brug for. Men en mindre indgribende model kunne – i hvert fald som en start – også være, at der blev arbejdet ud fra et princip om 'No wrong door' (Hansen, 2019). Altså at en henvendelse til det ene system forpligter dette system til at sørge for, at den unge og forældrene får den hjælp, de har brug for, og at systemet ikke slipper den unge og forældrene før, der er iværksat den relevante indsats i det andet system. Det vil betyde, at det ikke er vigtigt, om det er det ene eller det andet systems lovgivning, der giver hjemmel til ydelsen. Ansvar for at den unge og forældrene 'rammer' ydelsen er det systems, som den unge og forældrene først henvender sig til.

Litteraturliste

- Alkohol og Samfund (2019): *Kommunal alkoholbehandling 2018*, Alkohol og Samfund.
- Bekendtgørelse nr. 714 af 19/06/2013 om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde, Retsinformation.
- Brev fra Sundhedsministeriet af 3/6 2016, hvor psykiatriens rusmiddelbehandlingsansvar præciseres, Sundhedsstyrelsen.
- Hansen, Susanne Pihl og Peter Jensen (2019): *Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose*, Grøn bog om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler. Helsefonden, SPUK og PIHL INKLUSIVE.
- Servicestyrelsen (2010): *God sagsbehandling for Stofmisbrugsområdet*, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012): *Hele vejen rundt*, Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2018): *Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Psykiatri*, 19. juni 2018, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2019): *Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Børne og ungdomspsykiatri*, 11. april 2019, Sundhedsstyrelsen.

ARTIKEL 04

ERFARINGER FRA DET LEVEDE LIV

- PORTRÆTTER AF UNGE OG DERES FAMILIER

Redigeret af Susanne Pihl Hansen, konsulent, PIHL INKLUSIVE
- på baggrund af interviews og møder i Alliancens Ungepanel og Forældrepanel

I det følgende præsenteres en række portrætter af unge og deres familier, som har personlige erfaringer med psykiske problemer og samtidige rusmiddelproblemer – og ikke mindst: erfaringer med at forsøge at få hjælp i hjælpesystemerne.

Portrætterne kan aldrig yde de unge og deres forældre fuld retfærdighed – portrætterne fortæller blot en lille flig af historien. Portrætterne udgør heller ikke et repræsentativt og forskningsmæssigt validt udvalg af danske unge med dobbeltdiagnoser.

Men portrætterne fortæller en række historier, fortalt af unge fra Ungepanelet og forældre fra Forældrepanelet, som viser, hvor vanskeligt det kan være at stå som et ungt menneske – og som familie til et ungt menneske – når der både er psykiske problemer og rusmiddelproblemer på spil på én gang. Og når man har brug for hjælp fra flere forskellige hjælpesystemer på én gang.

Håbet er, at disse portrætter kan være med til synliggøre nogle af de mange udfordringer, som unge og forældre har mødt i deres forsøg på at få relevant og rettidig hjælp. Og at dét kan hjælpe andre, så de får relevant hjælp, når de har behov for det!

Alle portrætter er blevet til på baggrund af interviews med unge og forældre til unge, der har personlige erfaringer med psykiske problemer og samtidige rusmiddelproblemer. Interviews er foretaget i perioden 2017-2019.

Alle unge og forældre har også deltaget i hhv. Alliancens Ungepanel og Forældrepanel i perioden 2018-2019.

	Side
Mor til Maria på 22 år: "Frygten for, at hun pludselig er borte, er som en hård brændende knude i maven"	37
Camilla, 23 år: "Får du styr på det psykiske, bliver dit misbrug også mindre"	38
Mor til Benjamin på 20 år: "Det her er uden sammenligning det hårdeste, jeg har oplevet i mit liv – at se min fantastiske søn langsomt forsvinde for øjnene af mig"	40
Forældre til Anton på 17 år: "Man er bare sat fuldstændig skakmat!"	42
Jens, 22 år: "Det var så fucking hårdt, at jeg selv skulle holde styr på det hele"	44
Mor til Asger på 20 år: "Min søn er blevet fejlbehandlet – og det har kostet både ham, familien og samfundet alt for dyrt"	45
Amanda, 30 år: "Jeg var så heldig at møde nogen i systemet, der forstod mig"	46
Far til Mikkel på 20 år: "Det gav først mening, da han mødte en psykiater, der ville tale med ham om hans misbrug og forholde sig praktisk støttende til det"	48

MOR TIL MARIA PÅ 22 ÅR

”Frygten, for at hun pludselig er borte, er som en hård brændende knude i maven”

Maria er 22 år. Hun har ikke noget sted at bo. Hun har et stort misbrug af rusmidler. Hun er diagnosticeret med bl.a. borderline, angst og alvorlig spiseforstyrrelse. Og hun får pt. ingen hjælp overhovedet. Sådan har det ikke altid været: Maria var en gang en helt almindelig pige i en helt almindelig kernefamilie med to søskende og to veluddannede forældre, i en helt almindelig lille by i Danmark. Men meget er gået galt undervejs.

Da Maria er 13 år, får hun konstateret en begyndende spiseforstyrrelse hos familiens læge, som straks henviser hende til børne- og ungdomspsykiatrien. Men ventetiden er lang, og efter 3-4 måneder er Maria voldsomt selvmordstruet. Først da lægen rykker for hurtigere hjælp, kommer hun i ambulans behandling og får beroligende medicin og korte samtaler med vejning hos en psykiater. Det har ikke effekt, og efter 1 måned er Maria så selvmordstruet, at hun bliver indlagt akut i en uge på en skærmet afdeling. Så sendes hun hjem igen, uden yderligere opfølgning på selvmordstruslen.

I stedet får hun et 4 måneders forløb i dialektisk adfærdsterapi. Men behandlingen virker ikke – nok fordi Maria er for ung, og fordi ingen endnu har opdaget, at hun ryger hash og tager amfetamin, vurderer hendes mor i dag.

Forældrene henvender sig flere gange til kommunen for at få bedre hjælp. Først da de kontakter borgmesteren direkte, sker der noget. En sagsbehandler kommer på besøg i hjemmet, men vurderer ikke, at der er grund til at lave en børnefaglig undersøgelse (§50), da familien jo er ressourcestærk: Der er hverken vold eller druk i familien.

Det går støt ned ad bakke for Maria, og da hun er 16, bliver hun igen henvist til børne- og ungdomspsykiatrien: Hun har det nu meget skidt, tager stoffer, stikker af hjemmefra osv.

Efter flere måneders ventetid bliver familien tilbudt et forløb med 5 familiesamtaler, hvor Maria samtidig kommer i individuel behandling. Efter den sidste samtale indkalder psykiatrien til et netværksmøde med bl.a. Marias psykiater, egen læge og en sagsbehandler fra kommunen. Det er første gang, kommunen og psykiatrien deltager i samme møde – og det er anden gang, familien møder en sagsbehandler fra kommunen. Maria har på det tidspunkt været i kontakt med psykiatrien i næsten 4 år.

Psykiateren mener, at Maria har en personlighedsforstyrrelse, men diagnosen kan først stilles, når hun bliver 18. Han anbefaler derfor, at hun får en kontaktperson og på et tidspunkt bliver tilbudt en bolig sammen med andre unge og med støtte, også i aftentimerne. Kontaktpersonen bevilges, men stopper efter 3-4 besøg med den begrundelse, at Maria ikke er dårlig nok. Derudover modtager Maria ingen hjælp fra kommunen.

Da Maria bliver taget med stoffer på sig, får hun en behandlingsdom i et rusmiddelcenter for unge. Det er første gang det lykkes for Maria at skære ned på stofferne. Men der bliver ikke samtidig arbejdet med hendes psykiske vanskeligheder, og snart tager hun igen stoffer som før.

Lige før Maria fylder 18, bliver hun udredt i børne- og ungdomspsykiatrien og får diagnosen borderline. Hun er i forvejen diagnosticeret med bl.a. angst, spiseforstyrrelse og misbrug, og hun

kommer nu i medicinsk samtaleterapi, som hun er glad for: Efter et år afsluttes forløbet, og i udskrivningspapirerne står, at Marias borderline nu næsten ikke kan spores mere. Det nævnes også, at hun indimellem ryger lidt hash. Hendes massive rusmiddelproblemer er tilsyneladende stadig ikke blevet opdaget eller taget alvorlig. I papirerne står også, at børne- og ungdomspsykiatrien nu har gjort deres. Hvis Maria igen får brug for hjælp, skal hun henvende sig til egen læge, der kan henvise til voksenpsykiatrien.

Maria er i dag 22 år. Siden hun blev 18 og overgik til kommunens voksenforvaltning, har hun haft mindst 10 forskellige sagsbehandlere. Via egen læge har hun også været omkring voksenpsykiatrisk afdeling, hvor hun har fået tilbudt et borderline-forløb. Men det bliver aldrig fuldført, fordi terapeuten bliver syg, og hospitalet afviser at hjælpe hende på anden måde, før hun er ude af sit misbrug. En bevilling om støttekontaktperson er netop blevet trukket tilbage, da kommunen opdager, at hun ikke har en fast bopæl.

Maria har flere gange uden held henvendt sig til kommunen for at komme i døgnbehandling for sin dobbeltdiagnose, og moren oplever, at Maria nu har mistet både sit håb og sin værdighed: *"Forleden dag udbrød hun: 'Skal jeg tage en overdosis, før jeg får noget hjælp?'"* Og hun tilføjede, helt ud af det blå: *"Det eneste, jeg er god til, mor, det er at tage stoffer,"* forklarer moren.

Også moren er modløs: *"Det er så megahårdt. Jeg kan slet ikke beskrive den afmagt, jeg føler. Maria er blevet så ubeskrivelig tynd og gennemsigtig, og hun er altid trist og ked af det. Jeg er frygtelig bange for, at hun ikke når at få hjælp, inden det er for sent. Hendes far og jeg har mere eller mindre givet op: Vi vil gøre alt for hende, men vi er ikke i stand til på egen hånd at hjælpe hende. Måske har vi vores pige – måske ikke ... Jeg må indrømme, at kræfterne er ved at være godt brugt op, i forhold til at få hjælp til vores datter. Frygten for, at hun pludselig er borte, er som en hård, brændende knude i maven."*

CAMILLA, 23 ÅR

"Får du styr på det psykiske, bliver dit misbrug også mindre"

Camilla vokser op i en almindelig kernefamilie i en lille by. Hun trives godt som lille, men allerede i 1. klasse begynder hun at få problemer: Hun føler sig ensom, bliver mobbet og har meget fravær. Først da hun er 17 og får en kontaktperson og en rusmiddelbehandler, der forstår hende, begynder tingene at ændre sig.

Camillas skoletid er præget af mobning, skoleskift og stort fravær. I en alder af 12 år begynder hun at ryge, drikke og pjække for at være en del af fællesskabet. Som 14-årig er Camilla næsten holdt op med at komme i skole.

I 9. kl. bliver hun sendt på en efterskole. Her får hun det så skidt, at hun hurtigt dropper ud. I den korte tid på efterskolen prøver hun imidlertid at ryge hash – og finder endelig noget, der giver ro og dulmer tankerne om selvmord og de andre svære følelser, som hun slås med.

Camilla går nu hjemme uden noget at lave, mens hun får det dårligere og dårligere. En dag er selvmordstankerne så alvorlige, at moren kører hende på psykiatrisk skadestue:

"Her snakker jeg med en dame, der efter 10 minutter siger, at hun kan se, at jeg er deprimeret, er selvmordstruet og nok også har en personlighedsforstyrrelse. Men de har kun én plads ledig, og den skal de gemme til en person med skizofreni. Så hun sender mig hjem igen med en pose beroligende piller."

Camilla får det ikke bedre, og kort efter tager hun igen på psykiatrisk skadestue. Denne gang bliver hun indlagt, de første uger på den lukkede akutafdeling, og så i 4 måneder på den åbne afdeling. Mens hun er indlagt, bliver hun udredt: Hun får diagnoserne borderline og depression. Desuden bliver hun IQ-testet – testen viser, at hendes intelligens svarer til retarderet. En diagnose, som kan undre, men som stadig hænger fast, selvom Camilla i dag læser på universitetet. Ifølge Camilla selv var hun så påvirket af medicin og stoffer, at hun ikke var klar over, at hun deltog i en test.

Psykiaterne anbefaler kommunen, at Camilla får støtte til at flytte i et bo-og skoletilbud for unge med personlighedsforstyrrelser. En sagsbehandler fra kommunen besøger kort efter Camilla på hospitalet. Men derefter hører hun ikke mere fra kommunen, og da hun udskrives 4 måneder senere, må hun flytte hjem til sine forældre igen.

Hun får nu en ny sagsbehandler, som går i gang med en børnefaglig undersøgelse (§50). 14 måneder senere vender sagsbehandleren tilbage og forklarer, at kommunen ikke længere anbringer unge. Camillas far tjekker loven og ringer til borgmesteren for at høre, om det virkelig kan være rigtigt. Kort efter får Camillas forældre brev om, at kommunen nu har bevilget en anbringelse. Men først et halvt år senere er der en ledig plads til Camilla.

I de to år Camilla kommer til at vente, opbygger hun *"et massivt misbrug af alt undtagen heroin"*, som hun siger. Og da hun endelig får plads på opholdsstedet, er det svært at leve op til de mange krav, der stilles til hende. Hun tør ikke fortælle om rusmidlerne – hun er bange for at blive smidt ud, og kemien med kontaktpersonen kører hurtigt skævt. Da misbruget til sidst opdages, bliver hun smidt ud. Hun er nu 17 og rakker i et halvt år rundt som hjemløs – de fleste nætter sover hun i en lånt bil.

Kommunen mener, at Camilla bare kan droppe rusmidlerne og flytte tilbage til opholdsstedet. Først da hun på eget initiativ kontakter Børns Vilkår og får en bisidder med til et møde i kommunen, får hun bevilget et nyt opholdssted.

Denne gang er hun heldig: I løbet af de næste 4 år får hun endelig den hjælp, hun har brug for. At personalet på det nye opholdssted ikke betragtede hende som en diagnose, men som et menneske, har været altafgørende for, at det alligevel er lykket hende at få et godt liv i dag, vurderer hun. De lyttede til hende fremfor at forsøge at få hende til at passe ind i deres kasser: *"Inden da havde jeg mest mødt folk, der troede, at de vidste, hvad jeg havde brug for – i stedet for at tage udgangspunkt i, hvad jeg selv sagde!"*

Efter kort tid på opholdsstedet får Camilla det så godt, at hun kan undvære alle stofferne på nær hashen. Hun er nu 18 år. Men hendes kontaktperson mener, at det er vigtigt, at hun også får gjort noget ved hashen. Og 3 afslag og 14 måneder senere bevilger kommunen endelig penge til, at Camilla kan komme i behandling på et rusmiddelcenter med speciale i dobbeltdiagnoser.

På det tidspunkt har Camilla dog mistet gejsten pga. den lange ventetid, og til den første samtale forklarer hun behandleren, at hun ikke længere kan overskue at droppe hashen.

"Men så sagde behandleren bare: 'Det er fint nok, vi kan kikke på de andre ting og måske bare forsøge at trappe lidt ned.' Så vi arbejdede faktisk ikke så meget med mit misbrug, men mere med de psykiske ting. Imens blev mit hashforbrug stille og roligt mindre. Og det er jo lige præcis dér, hvor det er vigtigt at komme hen: For får du styr på det psykiske, bliver dit behov for at tage stoffer automatisk mindre," konstaterer hun i dag.

MOR TIL BENJAMIN PÅ 20 ÅR

”Det her er uden sammenligning det hårdeste, jeg har oplevet i mit liv - at se min fantastiske søn langsomt forsvinde for øjnene af mig”

Benjamin er i dag 20 år og lige flyttet i botilbud. En indflytning, der var set frem til, men som desværre udfordres af manglende koordination på tværs. Følelsen af at være kastebold mellem systemer er kun blevet forstærket, efter at Benjamin er blevet over 18 år: Jobcenter, voksenpsykiatri, handicap, socialforvaltning, region, bosted m.fl. trækker i hver sin retning. Samtidig slider det på både Benjamin og moren, at der kan gå måneder med tavshed, hvor ingen gør noget, og så lige pludselig hurtig handling uden koordinering mellem hjælpesystemerne. Og imens bliver Benjamin endnu mere ensom og isoleret fra sine jævnaldrende.

Da Benjamin er lille, er det tydeligt, at han har brug for struktur. Ved skolestart vælger hans forældre derfor en lille privatskole, hvor han trives godt – men hvor det dog viser sig, at han ikke lærer så meget fagligt.

I starten af 4. bliver Benjamin flyttet til en større skole. Her blomstrer han op fagligt – for en stund. Timerne er langt mere strukturerede end på privatskolen, og Benjamin kommer i gang med at læse og skrive: På en måned lærer han mere end på de første 4 år på privatskolen. Men da klassen skal have emneuge, går det galt. Hver dag pjækker Benjamin i al hemmelighed – når han bliver kørt til skole, går han ikke ind i klassen, men væk fra skolen og vender først tilbage, når klubben starter. Det bliver starten på en skolegang præget af stort fravær, og ingen eller alt for mangelfulde indsatser for at hjælpe Benjamin tilbage på sporet.

I 6. og 7. klasse begynder Benjamin for alvor at pjække. Det har altid været svært at få Benjamin afsted i skole, men nu er hver dag en kamp og i længere perioder formår hverken han eller hans forældre at få ham i skole: *”Han forsøgte på mange måder at kommunikere, at han ikke magtede skolen – spillede syg, sagde at cyklen gik i stykker på vej til skole, at han havde ondt i benene og ikke kunne gå derhen, og da han i et spørgeskema op til en forældrekonsultation satte ord på, hvor hæsligt han syntes det var at gå i skole, afviste dansklæreren det med at han vist havde haft en vred dag, da han udfyldte det,”* forklarer Benjamins mor.

En dag finder moren en joint på Benjamins værelse, og han forklarer, at han er begyndt at ryge hash, *”fordi jeg får det bedre oppe i hovedet”*. Moren kontakter den lokale ungerådgivning, hvor Benjamin kommer i et kort samtaleforløb. Benjamin går på det tidspunkt i 7.klasse.

I 8. klasse beslutter forældrene at sende Benjamin på efterskole, så han kan starte på en frisk. Her går det godt – for en stund. Han trives, får gode kammerater, og hans fravær bliver væsentligt lavere, sammenlignet med de foregående to skoleår. Iflg. efterskolens regler er det dog stadig for højt, og det fører til flere alvorlige samtaler med efterskolen. Da han søger om at få lov til at blive endnu et år på efterskolen, bliver ønsket betinget af, at hans fravær bliver endnu mindre, og at han forbedrer sig fagligt. Benjamin kæmper og får både hævet sit faglige niveau og sænket sit fravær. Men det er ikke nok: Efterskolen beslutter i foråret, at Benjamin ikke kan fortsætte i det nye skoleår – og efter en konflikt bliver Benjamin ovenikøbet smidt ud før tid. Efterskolen sender samtidig en underretning til hjemkommunen om, at man mistænker Benjamin for at ryge hash. Benjamin bliver derfor sendt i et kort afrusningsforløb, men dagen efter hjemkomst er der terminsprøver. Filmen knækker for Benjamin, og han begynder igen at ryge hash.

Siden har Benjamin røget hash – i nogle perioder dagligt, og med den begrundelse at det giver ham ro og stopper tankerne om, at han ikke dur til noget. I dag ryger han 1-2 joints hver aften for åbent vindue, når andre ikke ser det: *"Det har været en stor rutsjebane som forælder at opleve sig selv gå fra: 'Du må ikke ryge hash!' over at slække lidt på modstanden: 'Du må ikke ryge hash herhjemme' til nu egentlig stiltiende at acceptere, at det er nødvendigt for ham,"* forklarer moren.

I tiden efter efterskolen får Benjamin også selvmordstanker og har flere sammenbrud. En morgen, da moren ikke kan få kontakt med ham og derfor sparker døren op ind til hans værelse, fordi hun er bange for, at han ligger død i sengen, bryder Benjamin hulkende sammen og forklarer, at han kun ryger hash hver dag for ikke at komme til at tage sig eget liv. Moren kontakter kommunen, der tager hendes bekymring alvorligt og sender ham til en selvmordstest på Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Selvmordstesten består af et afkrydsningsskema og en kort samtale, hvorpå sygeplejersken konkluderer, at der aldrig har været nogen risiko for, at Benjamin vil begå selvmord. Familien bliver herefter sendt hjem igen.

Med hjælp fra bl.a. egen praktiserende læge, insisterer moren nu på, at Benjamin skal udredes psykiatrisk. Undervejs i udredningen problematiserer psykiaterne, at Benjamin ryger hash, men udredningen fortsættes, og den ADD-diagnose, der undervejs nævnes som en mulighed, giver god mening for både Benjamin og moren. Ved det afsluttende møde holder psykiaterne dog fast i, at de først kan stille en diagnose, når Benjamin er ude af sit misbrug. Udredningen i Børne- og ungdomspsykiatrien afsluttes herefter uden diagnosticering.

Moren finder nu via sit netværk frem til en rusmiddelbehandler i et rusmiddelcenter, særligt målrettet unge, hvor det endelig lykkes at få udredt Benjamin. Han får en diagnose indenfor autismespektret: atypisk Asperger. Benjamin er på det tidspunkt 17 ½ år. Benjamin kommer i et samtaleforløb med den pågældende rusmiddelbehandler, og er glad for det. Men efter 1-1½ år afsluttes behandlingsforløbet. Noget der påvirker Benjamin meget – og samtidig sættes der ikke noget andet sættes i stedet.

Efter de mange forsøg er Benjamin i dag modvillig og meget bange for endnu et nederlag: *"Der har været alt for mange ad hoc-tilbud. Min søn tror ikke længere på, at der er nogen i hjælpesystemet, der mener, hvad de siger. Der er alt for mange eksperimenter og alt for lidt systematik. Og jeg har lært, at jeg skal samle på mennesker. Jeg skal ikke samle på bevillinger eller behandlingssteder, jeg skal samle på mennesker, der gider mit barn. Mennesker, der ikke bare er ligeglade,"* forklarer moren.

Moren oplever, at hun hele vejen igennem har måttet kæmpe for sin søns rettigheder, undersøge alternative muligheder og optræde som koordinator. Det har været meget slidsomt og kostet blod, sved og tårer, og både hun og resten af familien har været voldsomt belastet. Moren har også været sygemeldt med alvorlig stress i en længere periode: *"Jeg har ofte følt mig mere oplyst end de instanser, vi har været i kontakt med. Det er mig, der – hver gang der kommer et nyt initiativ – sidder og koordinerer. Det er det værste. At jeg både skal tage vare på min søn, mig selv og resten af familien. Og at jeg samtidig skal oplyse, researche, kæmpe bevillingerne igennem og koordinere det hele. At være både personlig og faglig koordinator er en stor og voldsom opgave, især når det er dit eget barn, det handler om."*

Benjamin er 20 år og netop flyttet i et botilbud – og hjælpen er nu underlagt lovgivningen på voksenområdet: *"Nogle gange har jeg fortrudt, at vi ønskede og sagde ja til, at han fik en diagnose. For dét, der skulle have været en hjælp, er blevet en forhindring for noget andet. Vi er kastebold mellem systemer, hvor ingen griber. Det her forløb er uden sammenligning det hårdeste, jeg har oplevet i mit liv – at se min fantastiske søn, som havde alle mulighederne, langsomt forsvinde for øjnene af mig."*

FORÆLDRE TIL ANTON PÅ 17 ÅR

”Man er bare sat fuldstændig skakmat!”

Anton er i dag 17 år gammel. Han bor stadig hjemme, men både han og resten af familien er voldsomt belastet af hans misbrug af rusmidler – og af hans udadreagerende adfærd. Forældrene føler sig magtesløse og frustrerede over, at der ikke var et langt bedre beredskab til at opfange og håndtere børn med diagnoser tidligt i barndommen, og gode ressourcer til at hjælpe forældre og søskende. Måske kunne sådanne tiltag have gjort en afgørende forskel for Anton og forhindret, at han i dag står med en ikke tilstrækkelig behandlet psykisk diagnose og et problematisk brug af rusmidler, som gør ham så aggressiv, at ikke bare han selv, men hele familien er voldsomt belastet.

Anton er det første barn i familien – og elsket af alle. Han er en lille charmetrold, fuld af energi: Der er drøn på, fra det øjeblik, han slår øjnene op om morgenen: Han er supernysgerrig og ikke bange for noget.

I børnehaven har han ikke mange venner – forældrene slår det hen, men set i bakspejlet, er det et af de første tegn på, at han har svært ved det sociale: De andre børn oplever ham som voldsom, for han har svært ved at afkode deres signaler, når de siger fra. *”Vi får en spirende mistanke om, at der måske er noget galt, så vi spørger pædagogerne, om han kan have ADHD – det afviser de, og det er jo også det svar, vi helst ville have, så vi gør ikke mere ved det.”*

Det er dog først i midten af folkeskoletiden, at Antons adfærdsproblemer for alvor bliver synlige i skolen: I starten klarer han sig godt – med et højt abstraktionsniveau og knivskarpe analyser. Men han har ikke tålmodighed til at lære basisfærdigheder, der kræver træning og gentagelse, fx at læse, skrive og stille regnestykker op. I 6. går det op for forældrene, at den er helt gal med Antons faglige niveau, og de kontakter dansklæreren: Måske har Anton ADHD eller noget andet, hvor der er brug for nogle særlige redskaber til at hjælpe ham bedre med de faglige udfordringer? Nej, mener læreren – Antons udfordringer skyldes, at han er høj intelligent, vurderer læreren. Og når Anton selv kan pakke sin rygsæk til en spejdertur, han glæder sig til, mener skolepsykologen ikke, at han kan have ADHD.

For bedre at kunne hjælpe Anton, betaler forældrene derfor en test hos en psykolog med speciale i højtbegavede børn. Den viser, at Anton har høj sproglig forståelse og abstraktionsevne, men lav arbejdshastighed og et meget lavt selvværd.

I 7. begynder Anton at få problemer. Forældrene beder om et møde med den nye dansklærer, hvor de i to timer briefer ham om Antons udfordringer og forklarer, at psykologen peger på ros og anerkendelse som nøgle til at støtte Anton fagligt. Dialogen er god, men til skolehjem-samtalen et par måneder senere, bliver Anton og hans mor mødt af massiv kritik, som får Anton til at løbe grædende hjem i seng. Til spejder går det også galt, han oplever at hans bedste venner vender ham ryggen, og han går helt ned med flaget: Han finder nu nye venner med massive sociale problemer og begynder i det skjulte at tage på Christiania for at ryge hash.

Efter jul i 8. beder Anton selv om at komme til en psykiater og få medicin – han kender en med samme symptomer som ham selv, der har fået det bedre af ADHD-medicin. Og endelig får Anton som 14årig en ADHD-diagnose.

I første omgang er diagnosen adgangsbillet til et supergodt specialklassetilbud i 9., hvor lærerne er dygtige til at styrke Antons motivation, så han pludselig får topkarakterer i alle fag. De anbefa-

ler efterskole i 10., så han kommer væk fra de nye hashvenner. På efterskolen lykkes det Anton at møde til undervisningen 9 af 10 dage, men det er ikke godt nok, og da han reagerer på kritikken ved at rapse slik, bliver han smidt ud. Tilbage i 10. klasse derhjemme kan han ikke med klasselæreren, og hans forældre opdager nu, at han ryger hash og tit kommer skæv hjem:

"Vi sætter ind med totalovervågning på de sociale medier og nultolerance, men det hjælper ikke: Hans adfærd bliver mere og mere konfliktfyldt – han giver fingeren til det hele og stjæler penge, overholder ikke aftaler, er aggressiv og fysisk overfor os andre osv.," forklarer Antons mor.

I de fire år, der siden er gået, har forældrene forgæves forsøgt at hjælpe Anton ud af det problematiske brug af rusmidler:

Via skolens kontaktperson kommer Anton i rusmiddelbehandling og får mod på at starte på en HF, som er målrettet unge med særlige vanskeligheder. Forældrene kommer også med i et forældre-netværk, og for første gang får de strategier til at tackle Antons konfliktfyldte adfærd, der virker. Anton er nu 16 år.

Da han starter på HF, lykkes det ham at skære meget ned på hashen. Men der begynder at komme problemer med hans fravær – selvom han har en diagnose, som giver problemer med strukturer, har skolen ingen forståelse for det. Kort efter dropper han både ud af skolen, rusmiddelbehandlingen og medicinen og vender tilbage til de venner, han ryger hash sammen med.

Snart eksperimenterer han også med angstdæmpende medicin. Det gør ham meget aggressiv, oplever forældrene. Derfor reagerer de resolut ved at tvinge ham med på psykiatrisk skadestue for børn og unge. Her er der imidlertid ikke ressourcer til at hjælpe ham, og hjemme igen går han amok, smadrer inventaret i stuen og tager kvælertag på faren. Forældrene kontakter også den sociale døgnvagt i kommunen og til sidst politiet, men ingen kan hjælpe.

Forældrene har forgæves forsøgt at få hjælp mange gange, og de er nu, hvor Anton er blevet 17 år, nået til et punkt, hvor de ikke kan rumme mere – både de og Antons søskende har tydelige stresssymptomer og er bange for at være hjemme, når han er der. Antons mor er desuden langtidssygemeldt med PTSD, og det konstante akutte pres udfordrer også parforholdet. Kommunen kan ikke hjælpe med andet end møder, der altid slutter med, at de ikke har ressourcer til at gribe ind, eller at sagsbehandlere formaner om, at forældrene også må tage deres del af ansvaret, forklarer Antons mor:

"Det er ekstremt belastende for os alle, at vores hjem ikke længere er en tryk base, men et sted, hvor vi er i konstant alarmberedskab, og hvor Anton går amok, hvis han føler, at vi presser ham for meget – han tåler ikke at blive gjort forkert mere, er min fornemmelse."

"Jeg ville ønske at der i de situationer, hvor det hele ramler, var et akutsted, hvor man kunne sende sit barn under 18 år hen, og hvor der var kompetente medarbejdere, som kunne være med til at aflaste. For det er jo en total afmagtssituation, at man har ringet efter politiet, fordi man ikke kunne håndtere sit eget barn. Man er bare sat fuldstændig skakmat."

”Det var så fucking hårdt, at jeg selv skulle holde styr på det hele”

Jens er i dag 22 år. Han kommer fra en familie med villa, vovse og Volvo, og hvor der er åbenhed og plads til at tale om alt. Allerede tidligt begynder han at lyve og finde på undskyldninger for at slippe for dét, han ikke har lyst til. Til gengæld charmerer han alt og alle – og ingen opdager hvordan det står til.

Da Jens er 10-11 år, begynder han at få en masse tanker om de mere sorte emner i livet. Han begynder at eksperimentere med alkohol og hash som 12årig, og hurtigt efter begynder han også at bruge amfetamin og andre stoffer – og bliver involveret i salg af rusmidler.

Forældrene har ingen idé om Jens' brug af rusmidler – eller hans sorte tanker. Han er god til at charme sig igennem, både derhjemme og i skolen, selv om han har et højt fravær og ryger ca. 1 gram hash om dagen, for at dulme et voldsomt tankemylder.

Da han får arbejde som ufaglært håndværker, løber de selvmordstanker, han før har kunnet undertrykke, dog løbsk. Han har ikke overskud eller lyst til noget som helst, og han begynder at isolere sig – hver dag efter fyraften tager han hjem og ryger sig skæv alene, fordi det holder tankerne lidt nede. Til sidst vælger Jens at lægge kortene på bordet over for sine forældre – og de får ham med ind i det psykiatriske system.

De næste 6 måneder er Jens i kontakt med fem forskellige psykiatere, som giver ham en række forskellige diagnoser og tilhørende medicin – de fleste inden for skizofreni-spektret. Hver gang går Jens hjem og googler sig frem til, at hans symptomer slet ikke svarer til diagnoserne: *”Det var et helvede at komme igennem psykiatrien, og hvis jeg ikke havde haft et nogenlunde klart hoved, været nogenlunde intelligent og haft gode forældre og støtte fra psykoterapeuten, så kunne jeg have siddet med en skizofrenidiagnose i dag og været fejlmedicineret for den,”* forklarer han.

Hver gang Jens skifter psykiater, skal han starte forfra med at fortælle sin livshistorie – ingen ser på, hvad kollegaen før har sagt, og for Jens minder det mere og mere om en diagnose-quiz. Til sidst får han heldigvis en psykiater, som mødes med ham otte gange, inden hun stiller diagnosen psykose i kombination med depression. Det giver mening, da Jens kommer hjem og får tjekket på nettet, så han begynder at tage den medicin, hun ordinerer.

Alle psykiaterne ved, at Jens ryger hash for at holde selvmordstankerne på afstand. Men ingen nævner muligheden for rusmiddelbehandling. Det går først op for Jens, at der findes et kommunalt rusmiddelcenter, da den sidste psykiater foreslår, at han på egen hånd kontakter centeret, fordi medicinen virker bedst, når man ikke ryger hash. Hun må ikke henvise ham, men giver ham centerets telefonnummer.

Set i bakspejlet forstår Jens ikke, at psykiatrien, rusmiddelcentret og jobcenteret ikke arbejder sammen om unge med dobbeltdiagnose, fordi det er så tydeligt, at de forskellige problemer hænger sammen. Han har fx oplevet at sidde i jobcenteret og skulle forklare, hvad en psykose er: *”Det var så fucking hårdt, at jeg selv skulle holde styr på det hele og forklare i rusmiddelcenteret, hvad der foregik i psykiatrien og omvendt – og så tage hjem og forklare mine forældre det. Mig, der er kendt for at være så god til at lyve?! Jeg tror ikke, at så mange andre ville kunne klare det – det er nok kun fordi, at jeg er psykisk stærkere end de fleste, at jeg har kunne holde nogenlunde styr på tankerne, selvom jeg ikke altid har været sikker på, at de var mine.”*

MOR TIL ASGER PÅ 20 ÅR

”Min søn er blevet fejlbehandlet - og det har kostet både ham, familien og samfundet alt for dyrt”

Asger er 20 år. Gennem hele sin barndom og ungdom har han været anbragt i skoler og behandlingstilbud, der ikke passede til ham. Hans mor har gang på gang forsøgt at gøre opmærksom på hans behov, men er blevet affejet som besværlig. Først da en advokat kommer ind i billedet, og Asger bliver udredt på ny, vender det. I dag er Asger flyttet fra husvilde-bolig i egen lejlighed og er startet i et beskæftigelsestilbud. Han klarer sig godt, med støtte fra mor og kommunens konsulent.

Allerede i børnehaven er det tydeligt, at Asger er anderledes. Han slår tit de andre, tilsyneladende helt umotiveret, men kommunens PPR-psykolog vurderer, at Asger er højtbegavet, og at børnehaven selv kan håndtere problemerne, så der bevilges ingen ekstra støtte.

Da Asger skal starte i skole, vælger forældrene en lille friskole med små klasser, som han bedre kan overskue. Det går rigtig fint i børnehaveklassen, hvor der er én fast lærer. Men i 1. klasse stiger kravene til de sociale kompetencer, og kort efter bliver Asger smidt ud. Den lokale folkeskole forsøger uden held med eneundervisning, og henviser ham til sidst til børne- og ungdomspsykiatrien, hvor han får diagnosen ADHD.

Asger kommer nu i et skoletilbud til børn med ADHD. Men snart er han mere udadreagerende end nogensinde før, og han stikker tit af. Til sidst meddeler skolen, at de ikke kan håndtere ham – han er en lille splejs, men han er voldsom og slår både børn og voksne.

I 2. klasse anbefaler sagsbehandleren i Familieafdelingen en anbringelse uden for hjemmet. Men moren vil ikke opgive Asger – i stedet beder hun om støtte i hjemmet. Det afviser sagsbehandleren, så moren må sygemelde sig for at passe ham, indtil hendes chef ringer og siger, at hun bliver fyret, hvis hun ikke møder på arbejde nu. Så giver hun sig og beder om at få Asger anbragt.

Opholdsstedet viser sig at have fantastiske voksne, og Asger trives faktisk rigtig godt det første år. Men efter en voldsom konflikt, hvor Asger udsættes for overgreb fra andre unge, vil han ikke tilbage.

Han er nu 13 og kommer på et nyt opholdssted, hvor han begynder at drikke, ryge hash, sniffe ligh-tergas og får sin faste gang på Christiania. Han taber sig voldsomt og vejer snart kun 40 kg. Efter et møde på opholdsstedet, hvor Asgers psykiater fra Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling også deltager, anbefaler psykiateren moren at tage ham hjem – det vil være omsorgssvigt ikke at gribe ind, mener han. Kommunen derimod mener, at moren har problemer med at samarbejde.

Moren beder nu om at blive fyret og sygemelder sig et år, hvor hun passer Asger hjemme. Den første tid får han det bedre og kan holde sig fra hashen. Men efter et halvt år – samtidig med at Jobcentret presser på for at få moren i arbejde – begynder Asger at ryge hash igen. Aggressionerne vender også tilbage: Han truer sin mor med kniv, stjæler hendes bil og slår lillesøster.

Han bliver nu anbragt forskellige steder, men han stikker af igen og igen. Moren forsøger flere gange at få bevilget et særligt skoletilbud, som kan rumme Asgers vanskeligheder, men først efter flere mislykkede anbringelser, lykkes det endelig. I imellem tiden er Asgers rusmiddelbrug og funktionsniveau dog forværret, og efter 4 måneder udskrives Asger derfor igen.

I stedet foreslår kommunen, at Asger skal starte i et rusmiddelcenter for voksne. Moren hyrer nu en familieadvokat, som sikrer, at Asger i stedet får bevilget et privat rusmiddelbehandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose. Samtidig bliver Asger 18 år og overgår til kommunens voksenafdelingen. Her får han en ny sagsbehandler, som har større forståelse for hans situation, og endelig begynder det at gå fremad:

I det nye behandlingstilbud bliver Asger udredt på ny – han har ikke ADHD, men autisme, viser det sig. Han kommer også i døgnbehandling for sit rusmiddelproblem i en kort periode, og er nu i et tilbud, som hjælper ham med fortsat at holde sig fri fra rusmidler: Han har haft mindre tilbagefald, men overordnet går det godt, vurderer hans mor.

”Når jeg kikker tilbage, sidder jeg med oplevelsen af, at jeg altid har skulle kæmpe alt for hårdt for at få den rigtige hjælp til Asger. Det har haft store sociale, psykiske og økonomiske konsekvenser for hele familien, og det har på mange måder forværret Asgers situation og slået hans liv skævt, at han helt fra 1. klasse er blevet trukket gennem skoletilbud og døgntilbud til helt andre målgrupper, uden at nogen undervejs er stoppet op og har analyseret situationen og fået mistanke om, at noget var galt, og at der skulle tænkes anderledes. Først i en alder af 18 år er Asgers psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblemer blevet udredt samlet, og han har i dag fået en diagnose indenfor autismspektrum-forstyrrelse, som kræver en anderledes pædagogisk indsats end ADHD. Så min søn er blevet fejlbehandlet siden 1. klasse – og dét har kostet både ham selv, familien og samfundet alt for dyrt.”

AMANDA, 30 ÅR

”Jeg var så heldig at møde nogen i systemet, der forstod mig”

’Du skal ikke regne med, at du nogensinde bliver i stand til at tage en uddannelse’ – så kontant var uddannelsesvejlederens udmelding, da Amanda for 10 år siden sad fast i et stort misbrug af rusmidler og havde det psykisk meget dårligt. I dag er hun 30 år, har en mellemlang videregående uddannelse og fast arbejde. ”Jeg var så heldig at møde nogen i systemet, der forstod mig. Derfor er det endelig lykkes mig at få et godt liv,” forklarer hun.

Helt fra Amanda er lille, føler hun sig anderledes: Hun er overvægtig og indadvendt, og hun oplever ikke, at hendes lærere, pædagoger, skolepsykologer osv. nogensinde spørger ind til, hvordan hun egentlig har det. Måske fordi de fleste børn i skolen kommer fra hjem, hvor de sociale problemer præger børnene.

Da hun er 12, begynder hun at ryge hash i skolegården – det bliver hurtigt en identitet, hun og vennerne har sammen, og efter et par år bliver hun det, hun kalder *’weekendnarkoman’* og fylder sig med MDMA, speed og Ketamin. Ingen af de voksne omkring hende opdager, hvad hun har gang i, for det lykkes hende at passe skolen og bestå 10. klasse.

På HF begynder hun at ryge et par joints hver aften – det giver ro, så hun kan koncentrere sig om at lave lektier. Og da hun bliver mere og mere trist, giver lægen hende lykkepiller. Hun får det hurtigt bedre, og fortsætter nu med både lykkepiller og masser af hash, mens hun får taget sin HF, flytter sammen med kæresten og begynder på en videregående uddannelse.

Så begynder det for alvor at gå ned ad bakke psykisk med angstanfald, hvor hun ikke kan trække vejret. Til sidst tager hun på psykiatrisk skadestue og får konstateret angst i ekstrem grad. Hun

bliver visiteret til en angstpakke, og mens hun venter på den, ryger forholdet til kæresten, hun må flytte, og hun begynder at drikke hver dag – 1-2 flasker vin, 4 stærke øl eller en lille flaske vodka: *"Jeg kunne kun være i mig selv, når jeg følte mig nærmest død oppe i hovedet,"* forklarer hun.

Endelig bliver hun indkaldt til det første møde i angstpakken. Hun taler med en psykiater i halvanden time, men da hun er på vej ud ad døren, spørger han, om hun bruger rusmidler. Hun svarer ja, og han siger så, at hun først skal komme igen, når hun har været stoffri i 3 måneder. Før kan hun ikke få hjælp. Derefter sender han hende ud ad døren med en kommentar om, at hun for øvrigt nok har borderline.

Amanda tager direkte fra mødet med psykiateren ud på Christiania, hvor hun ryger en masse joints, mens hun googler 'borderline' og græder over situationen. Kort efter dropper hun ud af sin uddannelse, og lyver overfor alt og alle, også familien. Det har hun det rigtig svært med, så hun går igen til egen læge, som sender hende videre til en rusmiddelkonsulent i kommunen, der tilbyder hende behandling i et særligt rusmiddelbehandlingstilbud for unge med dobbeltdiagnose. Hun er nu 23 år og har haft det psykisk dårligt og et problematisk brug af rusmidler, siden hun var 12.

På behandlingsstedet får Amanda endelig den hjælp, hun i mange år har haft brug for: Hun får samtaler hos en psykolog, bliver udredt af en psykiater og får hjælp til økonomi, bolig mm. fra en socialrådgiver.

At de møder hende i øjenhøjde, gør en kæmpe forskel. Amanda føler sig set og anerkendt som et helt menneske, fordi der er tid til at snakke om, hvordan hun har det lige nu og her, så hun ikke med det samme skal krænge sig selv fuldstændigt ud over for en vildt fremmed: *"Til den første samtale spurgte behandleren mig: 'Hvordan har du det? Hvad laver du? Hvordan sover du om natten?' – sådan nogle helt almindelige ting. Det havde jeg aldrig prøvet før."*

Psykiateren laver en grundig udredning og vurderer, at Amanda – udover misbruget – har ADHD med tendens til personlighedsforstyrrelse: *"Det er ikke rart at få en diagnose, men det er en hjælp til at finde ud af, hvordan jeg skal omgå mig selv og interagere med andre mennesker, og det betyder, at jeg nu ved, at jeg bruger mere energi end andre, når jeg skal omstille mig, eller når der sker noget nyt omkring mig,"* forklarer hun.

Socialrådgiveren hjælper hende også med at få styr på hendes store gæld og indkalkulerer i budgettet, at hun har brug for penge til hash, indtil hun er ude af misbruget. På den måde får socialrådgiveren skabt ro omkring de basale ting, så Amanda kan begynde at arbejde med sig selv: *"Det er en meget stor hjælp: Hvis alt er kaos omkring dig, er hashen det sidste, du dropper, for det er jo dit eneste faste holdepunkt,"* forklarer Amanda.

I dag er hun et helt andet sted i sit liv – og har det rigtig godt. For nylig fik hun aktindsigt og har nu læst hele sin sag: *"Det gør mig meget ked af det, at jeg har fået hele 4 diagnoser undervejs. Jeg mener jo ikke selv, at jeg er så syg, men når man først har fået diagnoserne, sidder de fast. Så på papiret er jeg bindegale. Men jeg klarer mig selv, og jeg har det faktisk rigtig fint. Selvfølgelig lidt op og ned, men sådan er det jo for alle mennesker."*

FAR TIL MIKKEL PÅ 20 ÅR

”Det gav først mening, da han mødte en psykiater, der ville tale med ham om hans misbrug og forholde sig praktisk støttende til det”

Allerede som lille, er der små tegn, der tyder på, at Mikkel er lidt anderledes. Men både hans forældre og lærere overser dem – eller tolker dem ind i en anden sammenhæng: Først da Mikkel i 9. klasse begyndte at ryge hash og eksperimentere med svampe og året efter må droppe ud af gymnasiet, bliver det tydeligt, at der er noget galt. I dag er Mikkel 20 år. Han er netop flyttet hjem igen, efter i en periode at have boet for sig selv. Han har brug for hjælp og opbakning til at fastholde behandling for hans misbrug af rusmidler.

Gennem hele sin barndom bliver Mikkel let opslugt af nye spændende oplevelser: Han bliver optaget af detaljerne, men har ikke altid helt styr på empatien. Og han har svært ved at tage sig sammen til opgaver, som ikke er lystbetonede. *”Op gennem hans barndom havde vi en del svære konflikter, fordi jeg ville have ham til at tage sig sammen: Jeg kan stadig se hans overraskede ansigtsudtryk for mig. Han forstod simpelthen ikke, hvad han gjorde galt. I dag gør det mig ondt at vide, men jeg vidste jo ikke bedre,”* forklarer faren.

I 9. klasse får Mikkel nye venner, og sammen med dem eksperimenterer han med at ryge hash og spise svampe. Samtidig får han sværere og sværere ved at komme op om morgenen, få lavet lektier osv., og trods en god afgangsprøve fra Folkeskolen, må han droppe ud af 1. g efter et par måneder.

Mikkel begynder i stedet på produktionsskole, hvor han møder andre unge i samme situation. Hurtigt finder de sammen om at ryge hash, ikke bare i weekenderne, men også til hverdag. Og Mikkel bruger mange timer på YouTube for at finde gode argumenter for at ryge hash: *”Mikkel ville så gerne have venner, og havde de interesseret sig for surfing, ville Mikkel kaste sig over surfing. Men det var uheldigvis hash. Og samtidig opdagede Mikkel, at pot og hash umiddelbart har en befriende og beroligende effekt på ham.”*

Snart går det op for Mikkels forældre, at Mikkel er på vej i en helt forkert retning pga. rusmidlerne – fx falder han en dag om på terrassen efter at have indtaget smeltet codymagnyl. Men Mikkel ønsker ikke at gå med til de samtaler med ungdomsrådgivningen og rusmiddelcenteret, som forældrene inviterer ham med til. Først da en lærer på produktionsskolen siger til Mikkel, at han måske har ADD, indvilger Mikkel i at blive psykiatrisk udredt.

Endelig begynder det at lysne: Mikkel får igen lyst til at være mere sammen med familien og begynder på en faglig uddannelse, hvor han kan bruge sine gode evner med hænderne.

Men udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien viser sig at være en langsommelig proces, Mikkels psykiater bliver skiftet ud flere gange, og atmosfæren er så klinisk, at Mikkels motivation efterhånden daler. Og da han endelig har gennemført forløbet og skal til den sidste samtale, konkluderer den nye psykiater, at Mikkel jo har røget hash undervejs, så han er nødt til at holde sig stoffri en måned, før han kan få resultatet af udredningen. Indtil nu har hashen ikke været et problem for de psykiatere, som Mikkel har været til samtale hos, men den nye psykiater fastholder sit krav. Mikkel forklarer, at han har det så slemt, at han tænker på at begå selvmord. Psykiateren spørger ikke ind til det, men mener, at Mikkel sagtens kan klare en måned uden hash og afviser at snakke mere om Mikkels behov for hash. Til sidst forlader Mikkel frustreret og ophidset mødet. Han ryger nu ned i et hul og pjækker så meget fra skolen, at han til sidst må droppe ud.

Af egen lomme vælger forældrene at betale en psykolog, som hurtigt peger på, at Mikkel nok har en dobbeltdiagnose. Mikkel vil ikke i behandling, men det lykkes familien at finde et behandlings-tilbud med speciale i dobbeltdiagnoser, som Mikkel får tillid til, fordi psykiateren her viser forståelse for, at Mikkel bruger stofferne til at forsøge at få sit liv til at fungere.

Udredningen her viser, at Mikkel har autismespektrum-forstyrrelse og ADD med autistiske træk. *"Vi endte med at vælge de offentlige hjælpetilbud fra og betale for privat behandling, selvom det er dyrt, fordi det var umuligt for os at finde et offentligt tilbud, der passede til Mikkel",* forklarer Mikkels far: *"Han kæmpede med så mange problemer i forvejen, at det bare ville forværre hans situation, hvis han skulle gennem flere forløb som det, vi oplevede i ungdomspsykiatrien. Og vi var også som forældre meget slidte og fik psykologhjælp – det var på mange måder så svær en situation at være i for os allesammen, at vi havde brug for meget hurtigere hjælp med større forståelse for Mikkels situation, end det offentlige kunne tilbyde os."*

En kort periode går det bedre: Mikkel bliver medicineret og går til samtaler. Men da Mikkel fylder 18 ønsker han at stå på egne ben og flytter hjemmefra – det viser sig at være svært: Han får gradvist udviklet problemer med rusmidler igen, og oplever alvorlige tilbagefald. Efter en akut indlæggelse pga. en overdosis er Mikkel nu igen kommet i behandling, og han er flyttet hjem igen for at få støtte til at fastholde behandlingen.

Når Mikkels far kikker tilbage på Mikkels barndom, gør det ham ondt, at det tog så lang tid at opdage Mikkels problemer: *"Systemet må heller en gang for meget og for tidligt spotte en diagnose, end at overse den: Mikkel og vi andre ville være blevet sparet for meget, hvis nogen i skolen havde grebet ind, allerede da han var 10-11 år. Problemet ved, at diagnoserne først stilles så sent som i Mikkels tilfælde er, at du som forælder ikke kan hjælpe ham lige så godt, som da han var 10-11 år, og du mere effektivt kunne have givet ham rammer og retninger, som kunne have støttet ham videre frem. Fordi vi først erkendte problemerne, da han var 16-17 år, havde vi ikke samme mulighed for at blande os i hans liv og hverdag: At han kan klare sig selv, er så vigtigt for ham, at han nogle gange nærmest går kontra, hvis jeg insisterer på noget."*

Højt på Mikkels fars ønskeseddel står også et offentlige system, der er mindre rigidt og bedre til at håndtere dobbeltdiagnoser og de unges behov for at dulme de akutte vanskeligheder med rusmidler, uanset hvor uhensigtsmæssigt det er på den lange bane: *"Det gav først mening for Mikkel at gå i behandling, da han mødte en psykiater, der ville tale med ham om hans misbrug og forholde sig praktisk støttende til det."*



ARTIKEL 05

IDENTIFICERING AF BØRN OG UNGE I RISIKO FOR UDVIKLING AF PSYKISKE LIDELSER OG/ELLER RUSMIDDELPROBLEMER

Af Sheila Jones, adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, og Birgitte Thylstrup, lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt formand for Dansk Fagligt Netværk for Dobbelt diagnose

Alliancens Unge- og Forældrepanels fortællinger viser, at mange familier oplever, at hjælpen udebliver eller er utilstrækkelig, når børn og unge viser tegn på psykiske problemer og mistrivsel. Der kommer derfor ofte til at gå alt for lang tid fra forældrene udtrykker bekymring, til der påbegyndes et afklarings- og udredningsforløb. Alliancens Forældrepanel har været særligt optaget af:

- hvordan vi sikrer, at forældrenes observationer og bekymringer bliver taget alvorligt, og af, at der udvikles modeller, som sikrer, at den rette hjælp tilbydes så tidligt som muligt.
- at vi skærper opmærksomheden på at identificere børn og unge med psykiske problemer tidligere og tilbyder dem evidensbaserede interventioner ift. de problemer, de måtte have.

I artiklen beskrives områder, hvor der bør være langt mere opmærksomhed på børns og unges trivsel og psykiske problemer, der kan øge risikoen for, at de udvikler problemer med rusmidler. Da der ikke findes danske retningslinjer for tidlig identifikation af psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos børn og unge trækker denne gennemgang på retningslinjer, der er udarbejdet af den amerikanske sundhedsministerium SAMHSA (2011), som parallelt med mange andre former for forebyggelse, har til formål at forebygge eller reducere belastninger for individet, familien og samfundet, i form af koordinerede services snarere end isolerede indsatser.

Retningslinjerne er målrettet fagpersoner, der arbejder med børn og unge, og er udformet, så de hurtigt kan få information og konkrete anvisninger på, hvordan de kan identificere børn og unge, der har – eller er i risiko for at udvikle – psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Retningslinjerne er formidlet dels i form af en række overordnede anbefalinger på tværs af indsatser, og dels i form af specifikke anbefalinger inden for syv særlige fokusområder. Retningslinjernes formål er at øge opmærksomheden på børn og unge, der er i risiko for at få psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer, så de hurtigere kan tilbydes udredning og relevant hjælp. Det er her vigtigt at understrege, at tidlig identifikation ikke er lig med diagnosticering (SAMHSA, 2011:22)

Særlige retningslinjer målrettet børn og unge med henblik på tidlig opsporing

Tidlig identifikation af børn (0-12 år) og unge (13-22 år) med begyndende psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer er afgørende, fordi alt for mange ellers risikerer at blive overset, og dermed ikke får den rette hjælp i tide. Manglende tidlig opsporing øger risikoen for, at problemerne bliver langt mere alvorlige med langvarige konsekvenser.

SAMHSA har på baggrund af viden fra forskning og praksis identificeret syv indsatsområder, hvor der bør være øget fokus på børns og unges mentale sundhed. Nogle af disse indsatsområder er udvalgt, fordi der er en høj koncentration af børn og unge, andre indsatsområder er udvalgt, fordi der er tale om børn og unge i højrisikogrupper:

- Børn, der er anbragt uden for hjemmet
- Familiecentre, krisecentre og hjemløseherberg
- Retssystemet
- Det Psykiatriske behandlingssystem og rusmiddelbehandlingssystemet
- Praktiserende læger
- Daginstitutioner (førskolealderen)
- Skoler og skolefritidsordninger

Da det danske sundhedssystem og adgang til velfærdsydelser er anderledes end det amerikanske, er nogle af retningslinjerne mere relevante end andre. Vi vil i det følgende gennemgå fokusområderne ud fra en dansk kontekst.

Børn, der er anbragt uden for hjemmet

Omkring 1% af børn og unge i Danmark er eller har været anbragt uden for hjemmet i en kortere eller længere periode af deres opvækst. Disse unge er i større risiko for udvikling af psykiske problemer og rusmiddelproblemer end danske unge generelt. VIVE har gennemført en flerårig forløbsundersøgelse af anbragte unge, der er født i 1995 og op til deres 15. år. Deres fund viser, at 37% af de anbragte unge i dag falder uden for normalområdet i forhold til emotionelle og adfærdsmæssige problemer, hyperaktivitet, relationer til kammerater og prosociale adfærd. Til sammenligning er det 3% af danske unge generelt, der falder uden for normalområdet på disse parametre (Lausten, Andersen, Skov, & Nielsen, 2013). Samme undersøgelse viser, at unge, der er eller har været anbragt uden for hjemmet, oftere har prøvet at ryge cannabis sammenlignet med danske unge generelt (38,8% mod 11,7% generelt), og at omkring 40% af de anbragte unge, der har prøvet at ryge cannabis, har røget oftere end 20 gange inden for det seneste år.

De anbragte unge kommer oftest fra familier med problemer. For eksempel har 40% en mor og 25% en far med en psykiatrisk diagnose sammenlignet med 7% og 6% af danske unge generelt. Derudover har forældrene oftere rusmiddelproblemer, og har oftere selv været anbragt som barn. Endelig kommer hver fjerde anbragte ung fra en husstand, der er karakteriseret som fattig ift. det relative fattigheds mål (Lausten et al., 2013).

Her er altså tale om en gruppe unge med langt tungere problemer end danske unge generelt, hvor det offentlige har overtaget ansvaret for barnets eller den unges tarv, og hvor der derfor bør være en høj grad af støtte og opfølgning i forbindelse med anbringelsen, og når de unge enten hjemgives eller skal bo for sig selv. Behovet for støtte efter anbringelse understreges ikke mindst af det faktum, at 37% af unge hjemløse har været anbragt uden for hjemmet under deres opvækst (Benjaminsen & Enemark, 2017), mens halvdelen af indsatte i danske fængsler har været omfattet af en

børnesag i barndommen og hver tredje har været anbragt på en institution eller i pleje (Glavind, 2009).

I forbindelse med selve anbringelsen anbefaler SAMHSA, at der med jævne mellemrum (hvert ½ år), foretages en screening for psykiske problemer hos børn anbragt uden for hjemmet, som suppleres med screening for rusmiddelproblemer hos ældre anbragte børn. Derudover anbefales det, at der foretages screeninger ved skift i anbringelse, og at en positiv screening altid bør føre til yderligere udredning og igangsættelse af relevant indsats og intervention.

Familiecentre, krisecentre og hjemløseherberg

Sammenlignet med Danmark, er der i USA en langt højere forekomst af familier med børn og unge, der er hjemløse, ligesom der er langt flere unge, der lever alene på gaden. Dog har vi i Danmark set en fordobling i ungdomshjemløshed blandt de 18-24-årige inden for de sidste 10 år. Rapporten *Hjemløshed i Danmark 2017. National kortlægning* (Benjaminsen, 2017), er baseret på en optælling af hjemløse borgere i uge 6 på landets §110 boformer, samt andre institutioner i kontakt med hjemløse. Undersøgelsen, der er baseret på selvrapportering, finder, at psykisk sygdom og stofmisbrug angives som to af de største årsager til hjemløshed blandt unge. Ser man på de unge hjemløses baggrund, angiver over halvdelen, at de enten har været anbragt uden for hjemmet, eller har modtaget en forebyggende indsats i løbet af deres opvækst. Derudover ses det, at 28% af de unges forældre har en psykiatrisk diagnose, mens 16% har eller har haft rusmiddelproblemer, og 11% har siddet i fængsel (Benjaminsen & Enemark, 2017).

Man finder også en meget høj forekomst af personer med dobbeltdiagnose blandt hjemløse unge, når man følger dem i registrene. En registerundersøgelse fra 2013, der fokuserede på borgere, som i perioden 1999 til 2009 var registreret på en §110 boform for hjemløse, fandt således, at der hos de 18-29-årige i perioden blev registreret både en psykiatrisk diagnose og et behandlingskrævende rusmiddelproblem hos 41,1% af mændene og 61,7% af kvinderne (Benjaminsen, Birkelund, & Enemark, 2013).

Ser man på de indsatser, der tilbydes under et ophold på en §110 boform viser en undersøgelse af Ankestyrelsen, at de fleste boformer vurderer, at der mangler relevante boformer til de dårligst stillede hjemløse borgere og til unge hjemløse, hvis behov boformerne har svært ved at imødekomme. Sjældent eller aldrig tilbyder kommunerne den supplerende støtte, som borgeren ville have været berettiget til, hvis de havde været i egen bolig (Ankestyrelsen, 2018), og boformerne vurderer derudover, at beskæftigelsesindsatsen i kommunerne må ændres, da det alt for ofte sker, at borgere sanktioneres af jobcentre, når de ikke overholder deres aftaler.

SAMHSA anerkender, hvor svært det kan være at hjælpe hjemløse unge med psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Anbefalingerne understreger vigtigheden af, at personalet på hjemløseherberg og lignende institutioner får information om traumer og traumerelaterede lidelser, da en meget stor andel af de borgere, der anvender herberger, har været udsat for indtil flere overgreb og/eller traumatiske hændelser i løbet af deres liv. Derudover anbefales det, at personalet bliver undervist i psykiske lidelser, hvordan de påvirker et menneske, og hvordan de identificeres. I Danmark er et tæt samarbejde med kommunen derudover afgørende, idet Ankestyrelsens undersøgelse bl.a. viste, at fremskudt sagsbehandling, hvor sagsbehandleren kommer ud til borgeren på herberget, letter samarbejdet og giver en mere sammenhængende indsats (Ankestyrelsen, 2018).

Retssystemet

Forekomsten af rusmiddelproblemer og psykiske lidelser blandt indsatte i danske fængsler er overvældende. En screeningsundersøgelse af 672 varetægtsfængslede i Vestre fængsel viste således, at blot 9% kunne kategoriseres som raske, og ikke opfyldte kriterierne for en psykisk lidelse eller en diagnose forårsaget af rusmiddelproblemer (Adamsen, 2013). I undersøgelsen var der et specifikt fokus på opmærksomhedsforstyrrelser blandt de 15-21-årige (177 ud af de 672), hvorfor det er muligt, at indkredse omfanget af problemer og risici for unge indsatte (se tabel 1).

Tabel 1. Psykiatriske diagnoser blandt 15-21-årige indsatte

	N	Procent af de unge (177)
F00-09 Organiske psykiske lidelser	2	1
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	95	54
F20-F29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	14	8
F30-39 Affektive sindslidelser - heraf depressiv enkeltepisode	4	2
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	49	28
F55.5 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer - misbrug af steroider og hormoner	12	7
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens (DSM-IV-TR diagnosekriterier)*	81	46
Personlighedsforstyrrelse (DSM-IV-TR diagnosekriterier)	19	11
Diagnoser i alt	276	-

*Det bemærkes, at diagnosen ADHD kun er stillet, når det var muligt at fremskaffe andenhåndsoplysninger. Det bemærkes endvidere, at mange af de unge indsatte både har fået stillet en ADHD-diagnose og en adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse (Adamsen, 2013).

Som det fremgår af tabel 1 blev psykiske lidelser forårsaget af rusmiddelbrug oftest diagnosticeret hos indsatte unge (54%), efterfulgt af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (46%). Hver fjerde kunne diagnosticeres med en adfærdsforstyrrelse (CD) begrænset til familien, og knap hver femte med en hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD). Lidt mere end hver fjerde kunne diagnosticeres med en nervøs og stress-relateret tilstand, som er en kategori, der dækker over forskellige angstlidelser, fobier, PTSD mm. Særligt var andelen af unge indsatte med adfærdsforstyrrelse og ADHD høj, og det bør her medtænkes, at ADHD-diagnosen kun blev stillet, når det var muligt at indhente andenhåndsoplysninger om den indsatte, hvilket langt fra var tilfældet for hele ungepopulationen i undersøgelsen (Adamsen, 2013). Det er derfor meget sandsynligt, at dette tal er langt højere end her angivet.

At lidt over halvdelen af de indsatte unge havde rusmiddelproblemer i en grad, der opfyldte kriterierne for en psykiatrisk diagnose, vidner om sammenhængen mellem rusmiddelproblemer og

kriminalitet. Ligeledes er sammenfaldet mellem adfærdsforstyrrelse og ADHD en velkendt faktor, der øger risikoen for både rusmiddelproblemer og kriminalitet (*Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg, & Thomsen, 2013; Mohr-Jensen, Bisgaard, Boldsen, & Steinhausen, 2019*). En ældre dansk undersøgelse af unge varetægtsfængslede mellem 15-18 år på sikrede døgninstitutioner viste samme billede i forhold til kombinationen af kriminalitet, psykisk lidelse og rusmidler (*Gosden, 2004 – her fra Socialstyrelsen, 2008*):

- 66 % af de unge havde personlighedsforstyrrelser eller adfærdsvanskeligheder
- 4 % havde en lidelse inden for psykospektrumet (2 % skizofreni og 2 % skizotypi)
- 5 % havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling (mod 0,3 % af baggrundsbefolkningen).
- 41 % havde narkotika- eller alkoholrelateret afhængighed i en sådan grad, at det var invaliderende i forhold til at begå sig socialt og med risiko for at udvikle en psykose eller forstærke eventuelle andre psykiske lidelser.

Vi ved derudover fra danske og udenlandske undersøgelser, at indsatte med psykiske lidelser er i større risiko for sanktionering og dermed yderligere straf under afsoning, blandt andet som følge af, at deres adfærd ofte ikke tolkes ud fra deres aktuelle problemer (*Berger, Lindeberg, & Jensen, 2017; Clark, 2018*). På det tidspunkt, hvor de unge er kommet i fængsel, er systemets og omverdenens tålmodighed med dem ofte ved at være brugt op, og de betragtes derfor ofte ikke længere som unge mennesker med psykiske problemer, der har brug for hjælp, men som kriminelle. Derudover føler de ansatte i fængslerne sig ofte ikke ordentligt klædt på til at identificere personer med psykiske lidelser, og mangler indsigt i adfærd og symptombillede (*Berger et al., 2017*).

En større dansk kortlægning af erfaringer og viden om indsatser til resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med ADHD viser derudover, at indsatte i danske fængsler har en ophobning af negative livshændelser og psykosociale risikofaktorer sammenlignet med ikke-straffede danskere (*Berger et al., 2017*). Indsatte med ADHD skiller sig dog ud ved oftere at have andre psykiatriske diagnoser, ved oftere at have været anbragt uden for hjemmet i barndommen, og ved oftere at have forældre med psykiatriske diagnoser og fængselsdomme. Indsatte med ADHD bliver derudover oftere idømt nye straffe efter endt afsoning (*Berger et al., 2017*).

SAMHSA anbefaler, at der udarbejdes protokoller for screening, udredning, behandling og opfølgning for unge indsatte. Retssystemet, det psykiatriske system, rusmiddelbehandlingssystemet og sundhedssystemet bør ifølge SAMHSAs anbefalinger arbejde tæt sammen, både under – og i særlig grad efter – afsoning. De unge bør derudover have støtte efter løsladelse i forhold til bolig, uddannelse og andre relevante hjælpeforanstaltninger, for at støtte positive forandringer og undgå recidiv og dom for ny kriminalitet. Derudover har Berger et al. (2017) udarbejdet en oversigt over evidensbaserede interventioner, der kan anvendes med unge, der har ADHD i løbet af afsoningen.

Det psykiatriske behandlingssystem og rusmiddelbehandlingssystemet

Som det også er blevet beskrevet i Grønbogen, mangler det psykiatriske behandlingssystem generelt viden om interventioner – og i nogle tilfælde vilje – til at behandle mennesker med rusmiddelproblemer (*Pinderup, Thylstrup & Hesse, 2016*). For eksempel pegede en undersøgelse inden for psykiatrien på et tidligt tidspunkt på, at patienter i psykiatrien ofte ikke fik diagnosticeret og behandlet deres stof- og alkoholproblemer (*Hansen et al., 2000*). En senere undersøgelse pegede på en anden, men lige så relevant problematik, nemlig, at selvom mennesker med både misbrug og psykisk lidelse modtager mere behandling end mennesker med et enklere sygdomsbillede (eksempelvis fordi de har kontakt med mange forskellige hjælpesystemer og har mange behandlings-episoder), så har de flere korte forløb i sundhedsvæsenet, som enten afbrydes fra patientens side

eller fra behandlingssystemets side (Schmidt, Hesse, & Lykke, 2011). Begge undersøgelser beskriver således, at der enten kan være et manglende fokus på begge problematikker, eller at behandlingsforløbene kompliceres og afsluttes før tid.

Den kommunale rusmiddelbehandling er ligesom psykiatrien udfordret på viden om begge problematikker, og mangler ofte en generel viden om psykiske lidelser og muligheder for behandling. I modsætning til psykiatrien, som anvender det diagnostiske system ICD (International Classification of Diseases), tager rusmiddelbehandlingen ikke udgangspunkt i en fælles definition for afhængighed. Der indgår i stedet en opmærksomhed på, at rusmiddelbehandling bør være helhedsorienteret og involvere både sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser, men denne opmærksomhed beskriver ikke specifikt, hvordan behandlingen bør tage hensyn til psykiske lidelser. Konsekvensen er ofte, at ikke alle kommuner tildeles ressourcer til at tilgodese, at behandlingspersonalet har både kompetencer og tid til at arbejde med psykiske lidelser. En anden konsekvens er, at visitationen nogle steder vil pege på, at det ikke giver mening at forsøge at behandle en rusmiddelproblematik, før der er taget tilstrækkeligt hånd om den psykiske lidelse, ofte som følge af ustabil fremmøde og alvorlige humørsvingninger (Thylstrup & Hesse, 2019).

SAMHSA anbefaler, at der i psykiatrisk behandling screenes for rusmiddelproblemer, og at rusmiddelbehandlingssystemet rutinemæssigt screener for psykiske problemer. Integreerede behandlingsmodeller foretrækkes for denne målgruppe, men når dette ikke lader sig gøre, anbefales det, man sørger for en tæt koordinering mellem de forskellige aktører.

Praktiserende læger, daginstitutioner, skoler og fritidsordninger

Alle danske børn i alderen 0 til 5 år bliver i dag tilbudt syv forebyggende helbredsundersøgelser hos deres praktiserende læge. Ved hver undersøgelse vurderer lægen, om barnet er i trivsel, og om det udvikler sig som forventet i forhold til sin alder (er alderssvarende). I løbet af skoletiden er der yderligere to sundhedsundersøgelser – én i forbindelse med indskoling (0. klasse), og én i forbindelse med udskoling (7.-9. klasse) – som varetages af enten en læge eller en sundhedsplejerske (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Da børn og unge bruger de fleste af deres vågne timer i skolen, er skolen et oplagt sted at skærpe opmærksomheden på både psykisk trivsel og rusmiddelbrug hos de unge allerede i en tidlig alder. Det er derudover ofte i forbindelse med skolestart og øgede krav til selvstændighed og læring, at børn med forskellige problemer identificeres. Mange lærere oplever, at det er vanskeligt at undervise og samtidig håndtere forstyrrende elever (Egelund, Arnbak, & Mejding, 2010), og problemet er ikke blevet mindre efter, at skolereformen i 2015 medførte længere skoledage, samt et mål om, at 96 % af folkeskolens elever skal gå i en almindelig skoleklasse (Egelund, Nordahl, Hansen, Andersen, & Qvortrup, 2017). At elever i skolen er udfordrede, understøttes af den seneste trivselsundersøgelse blandt danske skolebørn, som peger på, at de generelt har fået det sværere, hvilket ses ved en lavere livstilfredshed, flere søvnproblemer og en øget tendens til nervøsitet (Rasmussen et al., 2019).

I forbindelse med udskolingsundersøgelsen er der udviklet et nyt redskab, Ungeprofilundersøgelsen, hvor der spørges ind til bl.a. brug af rusmidler og trivsel. Dette redskab anvendes både til individuelt at vurdere et ungt menneskes trivsel og velvære og til monitorering lokalt og på landsplan (Arffmann, Petersen, Bak, Svendsen, & Obel, 2016). Unge, der udvikler problemer med rusmidler har dog ofte haft en tidlig debut med brug af rusmidler, der ses ved brug af cigaretter i 10-12-årsalderen og som udgør én af de tidligste indikatorer for senere udvikling af et problematisk brug af rusmidler (Nelson, Van Ryzin, & Dishion, 2015). Hertil viser forskning, at mennesker, der udvikler alvorlige adfærdsmæssige problemer (kriminalitet, psykiske lidelser, alkohol/stofmisbrug), ofte

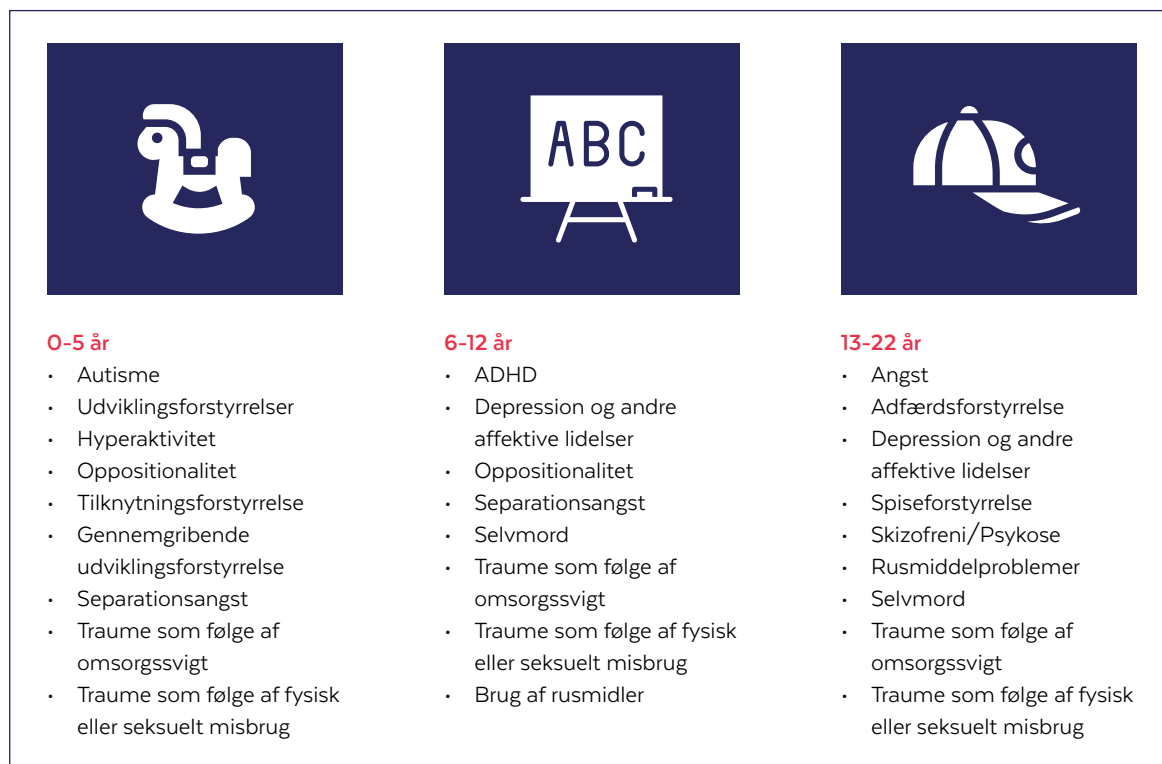
har haft svært ved at følge retningslinjer og regler i de første skoleår (Fergusson, Horwood, & Ridder, 2005). Forstyrrende adfærd er et samfundsproblem, da den forringer forudsætningerne for læring og tilegnelse af uddannelsesmæssige kompetencer på både kort og lang sigt (Egelund et al., 2010; Egelund et al., 2017). Der er derfor brug for en struktureret vurdering af børns og unges trivsel i mellemskoleårene, så det bliver muligt at sætte ind med indsatser, der kan forebygge forværring af trivsel og udvikling af rusmiddelbrug. Samlet set er der således brug for at øge opmærksomheden på eventuel mistrivsel allerede fra børnenes tidlige barndomsår og op gennem folkeskolen og ungdomsuddannelserne. Som en del af dette, bør pædagoger, skole-, erhvervsskole- og gymnasie-lærere tildeles flere ressourcer og kompetencer i forhold til at identificere og handle på mistrivsel og psykiske problemer hos børn og unge. En vigtig del af dette er derudover at henvise videre til rette hjælp, så det er vigtigt, at fagpersonalet på uddannelsesinstitutionerne indføres i mulige samarbejdspartnere, så som Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

I SAMHSAs retningslinjer er der derudover udarbejdet en oversigt over de mest almindelige psykiske lidelser i barndommen opdelt i forskellige aldersgrupper (SAMHSA, 2011 s. 28).

SAMHSA lægger i deres guideline vægt på tre former for forebyggelse. Primær forebyggelse indebærer screening af alle børn (med forældrenes samtykke), sekundær forebyggelse indebærer screening af børn og unge i risiko for udvikling af psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer og tertiær forebyggelse, der indebærer udredning og koordinering af behandling for børn og unge med kendte psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Derudover understreges det, at skoler og uddannelsesinstitutioner bør være forberedt på, at kunne iværksætte interventioner ved indikation på psykiske problemer eller rusmiddelproblemer hos en elev. Det kan være ved at være bekendt med eventuelle samarbejdspartnere og kommunale behandlingscentre. Det kan være nødvendigt med et individualiseret uddannelsesprogram

Figur 1: Hyppigt forekommende forstyrrelser i barndommen – oversat og tilpasset fra SAMHSA s. 28



og uddannelsesinstitutionen (særligt ved yngre børn) kan være nødt til at indgå aktivt i indsatsen omkring eleven. Det kan være ved at hjælpe eleven med medicinering, ved at have fokus og indsatser ift. mobning, ved at ændre på undervisningsformen og ved konsekvent at anvende positive adfærdshåndteringsstrategier.

Konklusion

Vi har i artiklen med inspiration fra SAMHSA beskrevet en række centrale institutionstyper i Danmark, hvor børn og unge har deres hverdagsliv, enten inden for almenområdet (daginstitutioner, skoler, fritidsordninger m.v.), inden for det specialiserede område (døgninstitutioner, sikrede afdelinger m.v.), eller på de regionale psykiatriske behandlingsafsnit. Vi har i Danmark således et meget fintmasket sikkerhedsnet spændt ud under alle børn og unge, og der er i alle institutionstyper ansat fagpersonale med indsigt i og viden om børns og unges udvikling (skolelærere, pædagoger, socialrådgivere, psykiatere og psykologer).

Der er stort set ingen børn og forældre i Danmark, der ikke er i kontakt med en eller flere af disse professionelle.

På trods af den store viden, er der alligevel børn og unge med problemer, som enten ikke spottes eller afhjælpes rettidigt. Manglen på tidlige og rettidige indsatser betyder, at omfanget af de unges vanskeligheder først opdages, når deres problemer kulminerer i ungdommen. Den sene indsats resulterer alt for ofte i behov for mere indgribende og langvarige indsatser, fordi vanskelighederne har fået lov til at vokse sig større. Forebyggelse af udvikling af dobbeltdiagnose er muligt, men kræver en langt større opmærksomhed på mistriksel blandt børn og ung, samt at den viden, der er til stede omsættes til rettidig handling. Der er brug for, at alle de institutioner, børn, unge og familier er i kontakt med, har mulighed for at foretage en relevant screening, og at der ligger retningslinjer for, hvordan der i praksis sikres en grundig udredning ved en positiv screening, samt henvisning til relevant evidensbaseret intervention ved behov.

Forebyggelse af udvikling af dobbeltdiagnose kræver politisk vilje og tilførsel af ressourcer til kvalificering af fagprofessionelle, der sikrer deres handlemuligheder, når de har en bekymring for et barn eller ungt menneskes trivsel. Ressourcerne bør bl.a. tilføres til udvikling af klare og konkrete nationale retningslinjer samt redskaber til identificering af unge i risiko for udvikling af dobbeltdiagnose, herunder relevante screeningsredskaber og udarbejdelse af procedurer for koordinerede sammenhængende behandlingsforløb. Ressourcerne bør derudover tildeles højrisikogrupper som anbragte og hjemløse børn og unge, og unge i landets sikrede institutioner.

Litteraturliste

- Adamsen, M. L. (2013): *Screeningsprojektet for psykisk sygdom*: Direktoratet for Kriminalforsorgen. Ankestyrelsen (2018): *Indsatsen over for hjemløse borgere under ophold i boformer*
- Arffmann, M., Petersen, M. L., Bak, P. L., Svendsen, K. K., & Obel, C. (2016): *Ungeprofilundersøgelsen 2015 – Pilotrapport om danske unges sundhed og trivsel, sociale kapital, brug af rusmidler samt kriminalitet og risikoadfærd*.
- Benjaminsen, L. (2017): *Hjemløshed i Danmark 2017: National kortlægning*. VIVE – Det Nationale Forsknings-og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., & Enemark, M. H. (2013): *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelse*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Enemark, M. H. (2017): *Veje ind og ud af hjemløshed: En undersøgelse af hjemløshedens forløb og dynamik*. A Survey of the Processes and Dynamics of Homelessness.

- Berger, N. P., Lindeberg, N. H., & Jensen, C. M. (2017): *Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse: Viden og anbefalinger.*
- Clark, K. (2018): *The Effect of Mental Illness on Segregation Following Institutional Misconduct.* I: *Criminal Justice and Behavior*, 45(9), 1363-1382.
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2013): *Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder.* I: *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(2), 86-98.
- Egelund, N., Arnbak, E., & Mejding, J. (2010). *PISA 2009: Danske unge i en international sammenligning. Bind 1 – Resultatrapport (Vol. 1).* København: Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.
- Egelund, N., Nordahl, T., Hansen, O., Andersen, P. G., & Qvortrup, L. (2017): *Portræt af elever med særlige behov – supplerende undervisning og specialundervisning i 13 kommuner.* Aarhus Universitetsforlag
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Ridder, E. M. (2005): *Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood.* I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837-849. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x
- Glavind, N. (2009): *De indsatte: Samfundets fjender eller marginaliserede? Arbejderbevægelsens erhvervsråd*
- Gosden, Niels Patrick (2004): *Mental disorder and violence among young criminals.* Her fra: Socialstyrelsen (2008), *Håndbog om Ungdomskriminalitet*, Socialstyrelsen.
- Hansen, S. S., Munk-Jørgensen, P., Guldbæk, B., Solgård, T., Lauszus, K. S., Albrechtsen, N., . . . Bertelsen, A. (2000): *Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients.* I: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 432-438.
- Lausten, M., Andersen, D., Skov, P., & Nielsen, A. (2013): *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer.* I: *Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*, 153.
- Mohr-Jensen, C., Bisgaard, C. M., Boldsen, S. K., & Steinhausen, H.-C. (2019): *Attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood and adolescence and the risk of crime in young adulthood in a Danish Nationwide Study.* I: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 443-452.
- Nelson, S. E., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2015). *Alcohol, marijuana, and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years: Demographic correlates and young adult substance use problems.* I: *Development and Psychopathology*, 27(1), 253-277.
- Pinderup, P., Thylstrup, B., & Hesse, M. (2016): *Critical Review of Dual Diagnosis Training for Mental Health Professionals.* I: *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 856-872. doi:10.1007/s11469-016-9665-3
- Rasmussen, M., Kierkegaard, L., Rosenwein, S. V., Holstein, B. E., Damsgaard, M. T., & Due, P. (2019): *Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark.*
- SAMHSA. (2011): *Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations.*
- Schmidt, L. M., Hesse, M., & Lykke, J. (2011): *The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia--a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years.* I: *Schizophr Res*, 130(1-3), 228-233. doi:10.1016/j.schres.2011.04.011
- Socialstyrelsen (2008): *Håndbog om Ungdomskriminalitet*, Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011): *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.* I: *Komiteen for Sundhedsoplysning*
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2019): *At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder.* I: B. Bjerger & E. Houborg (Eds.), *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder (Vol. 6).* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.



ARTIKEL 06

HVORDAN ORGANISERER VI BEHANDLINGEN AF UNGE MED DOBBELTDIAGNOSE I DAG?

Af Susanne Pihl Hansen, chefkonsulent PIHL INKLUSIVE

Unge, som både har psykiske vanskeligheder og et problematisk rusmiddelbrug, har behov for hjælp fra flere forskellige hjælpesystemer på én gang, typisk fra den kommunale rusmiddelbehandling og den regionale behandlingspsykiatri.

Og det har de også ret til. Dét slår Sundheds- og Ældreministeriet i 2016 fast i et brev til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg samt Social- og Indenrigsudvalg vedr. ansvar for misbrugsbehandling af personer, som udover misbruget har en psykisk lidelse:

”Bl.a. fordi behandling af misbruget ofte vil være en forudsætning for, at patienter kan profitere af psykiatrisk behandling, og omvendt, er koordination og samarbejde mellem kommunen og regionen med henblik på at sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen helt afgørende. Personer, som har både et misbrug og en psykisk lidelse, er en gruppe, som er særligt skrøbelig, og som ikke kan forventes selv at varetage koordinationen.

Med det overordnede formål at tilbyde sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet skal sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner derfor bl.a. medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om behandlingsforløb til personer med samtidig psykisk lidelse og misbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.” *Sundheds- og Ældreministeriet, 2016*

Det sker dog langt fra altid i dag. Viden fra forskning, evalueringer og praksis, drøftet i Alliancens Fagekspertpanel, og erfaringer fra de unge og forældre, drøftet i Alliancens Ungepanel og Forældrepanel viser, viser, at de unge ofte falder mellem flere stole.

De unge – og deres forældre – oplever, at det kan være særdeles svært at få hjælp fra flere hjælpesystemer på én gang: Når de henvender sig i psykiatrien, får de at vide, at de først skal have behandlet deres rusmiddelproblem et andet sted, før de kan få hjælp til de psykiske problemer. Og når de henvender sig i rusmiddelbehandlingen, kan de blive afvist med begrundelsen, at de er for psykisk dårlige til at kunne få gavn af rusmiddelbehandlingen. Dertil kommer, at problemerne sjældent begrænser sig til to områder: Ofte vil den unge også have brug for hjælp til økonomi, uddannelse/job, familieforhold m.m., dvs. problemfelter, der hører til i helt andre systemer, og når de unge nærmer sig de 18 år, kan det hele blive endnu mere komplekst, fordi de skal overgå fra et

hjælpesystem til et andet: fra børne/unge myndighed til voksenmyndighed og fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri.

Den norske professor Helge Ramsdal kaldte på Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnoses konference i juni 2019 denne problematik for *strukturel ansvarsfraskrivelse* (Ramsdal, 2019). Strukturel ansvarsfraskrivelse sker, når systemer afviser fx en ung med dobbeltdiagnose, med begrundelsen, at den unge ikke passer til stedets målgruppe, og/eller at andre systemer vil kunne hjælpe den unge bedre. Den unge afvises med en strukturel begrundelse: At han/hun ikke passer ind i det pågældende system.¹ Her anlægges altså et systemperspektiv på dobbeltdiagnoseproblematikken. I denne optik er der tale om flere adskilte problemer, som skal løses ved hjælp af særlig ekspertise i flere forskellige hjælpesystemer.

Set fra de unges vinkel vil der næppe være tale om adskilte problemer – tværtimod: Når man bruger rusmidler dagligt, er det måske netop for at dulme angst og uro, eller fordi det er uudholdeligt at være hjemme i familien, eller fordi rusmidlerne gør det lidt nemmere at begå sig bedre i sociale sammenhænge. Her er ikke tale om flere uafhængige problemer, der kan løses hver for sig, men derimod om ét sammenhængende problemkompleks. I dette perspektiv er det altså ikke problemerne i sig selv, der gør sagen kompleks. Det er snarere systemets tendens til at ville opsplutte problemer og løse disse hver for sig, der gør sagen kompleks for de unge. (Andersen og Bengtsson, 2019)

I det følgende vil vi se nærmere på organiseringen af den behandling, som unge med dobbeltdiagnoser kan have brug for. Det vil vi gøre med udgangspunkt i de tre overordnede behandlingstyper: **integreret behandling**, **parallel behandling** og **sekventiel behandling** samt ud fra aktuel praksis, som er blevet drøftet i Alliancens tre paneler.

Tre modeller for organisering af behandling

Der skelnes overordnet mellem tre former for behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser:

- **Integreret behandling** er, når de psykiske vanskeligheder behandles samtidigt og integreret med de rusmiddelrelaterede vanskeligheder, under samme organisatoriske set-up.
- **Parallel behandling** er, når de psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblemer behandles sideløbende. Ofte i forskellige og uafhængige organisatoriske set-ups, fx kommunal rusmiddelbehandling og regional psykiatri. Disse parallelle forløb kan være mere eller mindre koordinerede.
- **Sekventiel behandling** er, når fx de psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder bliver behandlet i forlængelse af hinanden, ofte med et krav om at de rusmiddelrelaterede vanskeligheder først skal være færdigbehandlede (= den unge skal være stoffri), før der kan igangsættes udredning (herunder diagnosticering) samt behandling af de psykiske vanskeligheder.

Der findes ikke dansk forskning, der særskilt har undersøgt hvilken behandlingsmodel, der vil være den mest optimale til unge under 25 år med dobbeltdiagnoser, men internationale retningslinjer og forskning på området anbefaler integreret behandling, som den mest optimale indsats til voksne med dobbeltdiagnoser, mens sekventiel behandling ikke anbefales til målgruppen. (SAM-HSA, 2011 og 2013; Frederiksen m.fl., 2019) (se også Artikel 9: Retningslinjer for indsatser af K.S. Johansen & S.P. Hansen)

¹ Ramsdal præsenterede på konferencen også et andet begreb: *Individuel ansvarsoversvømmelse*. Individuel ansvarsoversvømmelse er, når enkelte medarbejder i systemet gør noget andet eller mere end deres funktionsbeskrivelse egentlig tilsiger for at gøre deres arbejde ordentligt. For nogle af disse medarbejdere kan den individuelle ansvarsoversvømmelse ses som kompensation for den strukturelle ansvarsfraskrivelse.

I det følgende gennemgås en række eksempler på organisering af behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnoser, hhv. integreret og parallel behandling. Disse behandlingstilbud er primært forankret i kommunal eller privat rusmiddelbehandling.

Den mest optimale løsning: Integreret behandling

Når komplekse problemer skal behandles og mange forskellige fagligheder er involveret, er der en vis risiko for, at de behandlingsindsatser, der sættes i gang, arbejder ud fra hver sit mål og trækker i hver sin retning, bl.a. fordi indsatserne bygger på forskellig lovgivning – og i værste fald direkte modarbejder hinanden. Dét har både unge og forældre i Alliancens Ungepanel og Forældrepanel givet adskillige eksempler på. (se også Artikel 4: Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier)

Det mest optimale vil derfor være, at de behandlingsindsatser, der sættes i gang, bliver integreret under samme overordnede mål: At yde den unge rettidig hjælp, dvs. den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt. (Andersen & Bengtsson, 2019). Først og fremmest af hensyn til den enkelte unge og dennes familie, men også for at sikre at der ikke igangsættes behandlingsindsatser, som ikke kan gennemføres, eller som modarbejder andre behandlingsindsatser – og dermed i bedste fald ikke gør nok gavn.

Integreret behandling er, når de psykiske og de rusmiddelrelaterede vanskeligheder behandles samtidigt og integreret. Overordnet fordrer en sådan systematisk integration fire dimensioner af integration (Frederiksen m.fl., 2019):

- *Integration af selve indsatsen*, dvs. at indsatsen indtænker afhjælpning af de psykiske og de rusmiddelrelaterede vanskeligheder på samme tid, i samme plan med et fælles overordnet mål – og også indtænker afhjælpning af andre vanskeligheder, som den unge måtte have, fx dårlig økonomi, ustabil boligsituation m.m.
- *Integration af kliniske teams*, dvs. at indsatsen varetages af forskellige fagligheder (fx psykiatere, pædagoger, psykologer, rusmiddelbehandlere, socialrådgivere m.fl.) i et tæt tværfagligt og multidisciplinært samarbejde.
- *Funktionel integration*, dvs. at indsatsen er fysisk forankret under samme tag, med en samlet økonomi, en fælles administrativ struktur og fælles informationssystemer.
- *Normativ integration*, dvs. at indsatsen bygger på en fælles forståelse af ungesyn og behandlingstilgang.

Danske eksempler på integrerede behandlingstilbud til unge

To eksempler på danske rusmiddelbehandlingstilbud, hvor behandlingen til unge med dobbeltdiagnoser er samlet i én enhed, findes i det storkøbenhavnske område:

- **Behandlingstilbud 1** er organisatorisk forankret under en storkøbenhavnsk kommune og er fysisk beliggende i København. Behandlingsstedet har unge i behandling fra en lang række kommuner, primært kommuner i Storkøbenhavn. Følgende fagligheder indgår i behandlingen: speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i psykiatri, sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter med erfaringer fra psykiatri, pædagoger, socialrådgivere, psykologer, musikterapeuter m.fl. Behandlingsindsatsen udføres af de forskellige fagligheder i et team, med et fælles mål for behandlingen af den unge.
- **Behandlingstilbud 2** er organisatorisk forankret i en privat nonprofit-virksomhed, og er fysisk beliggende i København. Behandlingsstedet har unge i behandling fra en lang række kom-

muner, primært kommuner i Storkøbenhavn. Enkelte unge er i selvbetalende behandlingsforløb. Følgende fagligheder indgår i behandlingen: speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i psykiatri, psykologer, socialrådgivere, pædagoger og psykoterapeuter. Mål for behandlingsindsatsen bliver udarbejdet i tæt samarbejde med den unge, forældre og kommunen, og selve behandlingsindsatsen udføres af et flerfagligt team af medarbejdere.

De to behandlingstilbud tilbyder integreret behandling til unge, der er dobbeltbelastede: De unge kan både blive behandlet for deres rusmiddelbrug og de psykiske vanskeligheder og samtidig få hjælp til at få styr på økonomi m.m. – hvis den unges kommune bevilger behandlingstilbuddet.

Begge behandlingstilbud er organisatorisk forankret relativt uafhængigt af overordnede rammer: Det ene tilbud er privat, det andet tilbud forankret i en kommune, men begge tilbud modtager unge i behandling, der kommer fra mange forskellige kommuner. Begge tilbud er tilmed placeret i det storkøbenhavnske område med et stort befolkningsgrundlag.

Begge behandlingstilbud er dog stadig afhængige af et tæt og godt samarbejde med mange andre hjælpesystemer. Først og fremmest med myndighedsområdet, dvs. den unges kommunale sagsbehandler, der har visitationsretten og bevilger behandlingsforløb. Dertil kommer samarbejdet med fx skole/uddannelsessted, egen læge, regional børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri eller andre områder, som den unge kan have brug for hjælp fra.

Dette samarbejde med andre hjælpesystemer omkring den unge er nødvendigt for at sikre, at den unge får den optimale hjælp. Men det kan også være udfordrende, fordi det igen er mange forskellige systemer – med forskellige grundforståelser, opgaver og mål – der skal arbejde sammen, og med meget forskellig lovgivning, der rummer krav om målsætning og behandling i forhold til netop den del af den samlede opgave, som lovgivningen giver hjemmel til.

Det har ikke været muligt at finde integrerede behandlingstilbud særligt målrettet unge, der er forankret i den regionale behandlingspsykiatri. Afdeling M på Skt. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri, tilbyder integreret behandling til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og svært behandleligt misbrug, men er ikke særligt målrettet unge under 25 år.

Samarbejdende og koordineret behandling – parallel behandling, når det er bedst

I praksis er det i Danmark vanskeligt at forestille sig, at alle unge med dobbeltdiagnoser kan tilbydes integreret behandling i den reneste form: Dels fordi hjælpen i dag er organiseret i mange forskellige sektorer, og dels fordi der næppe vil være kapacitet og ressourcer til at tilbyde integreret behandling i alle dele af landet, hvis vi samtidig også skal have et nærhedsprincip: at tilbuddet skal være nemt tilgængeligt for de unge.

Men hvis indsatserne til de unge derfor i stedet må foregå parallelt, i organisatorisk adskilte hjælpesystemer, fx kommunal rusmiddelbehandling og regional behandlingspsykiatri, må vi i det mindste stræbe efter, at disse indsatser foregår som en samarbejdende og koordineret indsats. "Samarbejdende og koordineret" skal her forstås som forskellige og adskilte gruppers anstrengelser for at nå et fælles overordnet mål i et tæt og koordineret samarbejde.

En sådan mere pragmatisk tilgang ses også i bl.a. USA, hvor man er gået fra entydigt at anbefale integrerede behandlingsindsatser til mennesker med dobbeltdiagnoser, til nu også at se på hvad der er praktisk muligt. (SAMHSA, 2013) (se også Artikel 9: Retningslinjer for indsatser af K.S. Johansen & S.P. Hansen).

Danske eksempler på parallelle, koordinerede og samarbejdende behandlingsindsatser

Ikke alle rusmiddelbehandlingstilbud har et så stort opland og/eller kapacitet, at det er muligt at have alle fagligheder ansat i ét og samme behandlingstilbud, kun målrettet unge. Men her har nogle behandlingstilbud til unge med rusmiddelsproblemer mulighed for at samarbejde med flere forskellige fagligheder i den moderorganisation, som de er organisatorisk forankret under.

Et eksempel på et sådant behandlingstilbud er Behandlingstilbud 3, der er en underafdeling i et større kommunalt rusmiddelcenter:

- **Behandlingstilbud 3** er organisatorisk forankret under en moderorganisation, et kommunalt rusmiddelcenter. Behandlingsstedet er ét af i alt 4 forskellige afdelinger under rusmiddelcentret, og er et unge-behandlingssted: Målgruppen er unge i alderen 15-25 år. Behandlingstilbud 3 er fysisk beliggende i en mellemstor kommune, og har primært unge fra egen kommune i behandling, men andre kommuner kan også købe pladser. Rusmiddelbehandlerne på behandlingsstedet har alle socialfaglige baggrunde (pædagoger, lærere, coach, familierapeut og psykoterapeut), og derudover har moderorganisationen, rusmiddelcentret, andre fagpersoner ansat, som unge-behandlingsstedet kan trække på, når det er nødvendigt: overlæge (1x pr. måned), speciallæger i psykiatri (2x pr. måned), psykologer (2x 37 t pr. uge) eller speciallæge i almen medicin. Behandlingsstedet samarbejder typisk med kollegaer i moderorganisationen, rusmiddelcentret, når unge har en dobbeltdiagnose eller er belastet af både psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder:
 - Hvis den unge er over 18 år, vil behandlingsstedet trække på den speciallæge i psykiatri, der er tilknyttet moderorganisationen. Denne vurderer om behandling af de psykiske vanskeligheder kan foregå i ungebehandlingsstedet, eller om der skal henvises videre til voksenpsykiatri. Typisk vil behandlingen ved mindre indgribende diagnoser foregå på behandlingsstedet, med intern psykiatrisk bistand fra speciallæge.
 - Hvis den unge er under 18 år, samarbejder behandlingsstedet med den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Typisk vil den unge blive tilbudt behandling i børne- og ungdomspsykiatrien for de psykiske lidelser, mens rusmiddelbehandling bliver tilbudt på sidelinjen. Her er der således tale om en parallel behandlingsindsats, hvor behandlingen af hhv. de psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder foregår sideløbende – og under forskellige organiseringer, psykiatri og rusmiddelbehandling.

Nogle rusmiddelbehandlingstilbud har ikke størrelsen til at ansætte speciallæge i psykiatri, og har derfor i stedet etableret et tæt samarbejde med psykiatrien for at sikre, at indsatsen til de unge bliver koordineret. Ofte er dette samarbejde personbåret eller opstået, fordi medarbejdere eller ledere kender hinanden fra andre sammenhænge, eller samarbejdet er opstået som følge af andre fælles opgaver. Fælles for disse eksempler er, at det tilstræbes at samarbejde omkring et fælles overordnet mål.

To eksempler på sådanne behandlingstilbud er Behandlingstilbud 4 og 5, der begge er beliggende i storbykommuner:

- **Behandlingstilbud 4** er organisatorisk forankret i den kommunale rusmiddelbehandling i en storbykommune, og er et ungebehandlingssted, der dækker målgruppen af unge op til 30 år. Her har man etableret et samarbejde med psykiatrisk afdeling på det nærliggende hospital. Samarbejdet var i første omgang baseret på et personligt kendskab mellem lederen af behandlingsstedet og lederen af den psykiatriske afdeling, men er nu blevet organisatorisk forankret

i en særlig fremskudt indsats, der er støttet af kommunale udviklingsmidler. I den fremskudte indsats er rusmiddelbehandlere fra behandlingsstedet to gange om ugen fysisk tilstede på psykiatrisk afdeling mhp. at vejlede og rådgive unge ml. 20-30 år om rusmidler og behandling, for at brobygge til behandlingsindsats i Behandlingssted 4 samt for eventuelt at bidrage til at få udarbejdet en koordineret indsatsplan (via forløbskoordinator, som er etableret i denne region). Den fremskudte indsats har bidraget til at gøre rusmiddelcentret synligt i psykiatrien – og rusmiddelbehandlerne oplever i stigende grad at blive inddraget som sparringsparter/eksperter, når de ansatte på den psykiatriske afdeling støder på rusmiddelrelaterede problemer.

- **Behandlingstilbud 5** er organisatorisk forankret i et særligt ungdomscenter i en storbykommune og har gennem årene haft et tæt, men ofte meget personbåret samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien på det nærliggende hospital. Senest er samarbejdet dog blevet opkvalificeret yderligere gennem et gensidigt uddannelses- og videndelingsforløb mellem psykiatrien og behandlingsstedet, hvilket bl.a. ses ved, at børne og unge under 18 år, der er indskrevet i Børne- og ungdomspsykiatrien, bliver mødt med krav om behandling i behandlingsstedet, samtidig med at de er indskrevet, i stedet for at få en besked om at komme igen, når rusmiddelproblemet er væk.

Fælles for disse tre eksempler er, at et godt samarbejde på tværs af forskellige fagligheder/ enheder/ organisationer meget ofte er båret af personlige relationer mellem enkeltpersoner. Systemerne hænger også sammen qua medarbejdernes kendskab til hinanden samt erfaringer med at arbejde sammen.

Det er vigtigt at have et vist kendskab til, hvad de andre kan og gør, og at have faglig respekt og tillid til "de andre" for at turde at afgive styring – eller for overhovedet at vide, hvor i andre organisationer, der sidder fagpersoner, som kan bidrage med dét, der er nødvendigt/ønskeligt.

Og det er frem for alt vigtigt med en tydelig og gensidig forståelig kommunikation, for at kunne samarbejde om et fælles mål. Det er samtidig også vigtigt at få opbygget et godt grundlag for organisatorisk at understøtte dette relationelle samarbejde, sådan at det ikke forsvinder, hvis én af medarbejderne får nyt job.

Opsamling

Det er nødvendigt at unge med dobbeltdiagnoser mødes ud fra en helhedsorienteret tilgang, der ser problemerne som sammenhængende og ikke adskilte, og som derfor også stræber efter at tilbyde de unge rettidig hjælp, dvs. en hjælp der er tilpasset den enkelte på det rette tidspunkt.

En integreret behandlingsindsats, hvor det er muligt at få en koordineret og helhedsorienteret hjælp ét sted, er den optimale løsning, især for de unge, der er allermest belastede af psykiske vanskeligheder og misbrug af rusmidler. Men ikke alle kommuner har et befolkningsgrundlag eller økonomisk kapacitet til at kunne lave et fuldt integreret behandlingstilbud. Kommunerne har forskellige geografiske og socioøkonomiske vilkår, som gør det nødvendigt at tænke kreativt ift. behandlingsindsatser til dobbeltbelastede unge: Den model, der vil fungere rigtig godt i en storbykommune, vil ikke nødvendigvis fungere lige så hensigtsmæssigt i en mindre landkommune. Erfaringerne fra praksis viser dog, at det er muligt at lave parallelle indsatser eller lokale samarbejder, hvor indsatserne er tilpasset de lokale forhold – med udgangspunkt i et fælles helhedsorienteret syn på de unges behov, både her og nu og på længere sigt.

Litteratur

- Andersen, Ditte og Tea Torbenfeldt Bengtsson (2019): *Rettighed og synkronisering af indsatser i komplekse ungesager*. Kapitel 2 i *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, redigeret af Bjerger & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.
- Bender, Kimberly & Davis W. Springer & Johnny S. Kim (2006): *Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A Systematic Review*. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, Volume 6:3, Oxford Journals.
- Frederiksen, Kirsten, Mads Uffe Pedersen og Sheila Jones (2019): *Hvordan hjælpes unge med psykiske problemer bedst i rusmiddelbehandlingssystemet?* Kapitel 7 i *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, redigeret af Bjerger & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.
- Hansen, Susanne Pihl (red.) (2019): *Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier*, Artikel 4 i *Artikelsamling, Alliancen – unge med dobbeltdiagnose*.
- Johansen, Katrine Schepelern og Susanne Pihl Hansen (2019): *Retningslinjer for indsatser*, Artikel 9 i *Artikelsamling, Alliancen – unge med dobbeltdiagnose*.
- Ramsdal, Helge (2019): *ROPIT – Integrated Services for Patients with Dual Diagnosis*, PowerPoints fra konferencen *Meeting the Dragon*, arrangeret af Dansk Fagligt Netværk for Dobletdiagnose.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011): *Identifying Mental Health and Substance Use Problems of Children and Adolescents – a Guide for Child-Serving Organizations*, U.S Department of Health and Human Services.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013): *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42*, U.S Department of Health and Human Services.
- Socialstyrelsen (2016): *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Brev til Sundheds- og Ældreudvalget samt Social- og Indenrigsudvalget vedr. ansvar for misbrugsbehandling af personer, som udover misbruget har en psykisk lidelse*.
- Vind, Leif og Katrine Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.



ARTIKEL 07

TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OM UNGE MED DOBBELTDIAGNOSER

Af Birgitte Thylstrup, lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt formand for Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnose, og Katrine Schepelern Johansen, seniorforsker og leder for Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region H.

I denne artikel vil vi gennemgå nogle af de vanskeligheder, der ofte viser sig i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i behandlings- og hjælpesystemer til mennesker, som er belastede af både rusmidler og psykisk lidelse. Derefter vil vi pege på nogle centrale forudsætninger for, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i højere grad kan imødekomme og håndtere de udfordringer, der er inden for området, så samarbejdet får bedre vilkår og mulighed for succes.

Indledning

Fordi der ofte er tale om komplekse problemstillinger, når vi taler om unge med samtidig rusmiddelproblemer og psykisk lidelse, er det reglen snarere end undtagelsen, at der er behov for at involvere flere professionelle i hjælpesystemet, som kan bidrage til en samlet indsats med deres forskellige fagligheder og kompetencer. Dette betyder samtidig, at professionelle i hjælpesystemet skal være parate til at koordinere indsatser og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer for at sikre, at indsatsen overfor de unge bliver sammenhængende og giver mening for dem, der er involveret; den enkelte unge, de pårørende og de professionelle. Når indsatserne omhandler dobbeldiagnose, bliver der yderligere lagt det lag på samarbejdet, at de forskellige fagligheder og kompetencer ofte er fordelt mellem forskellige sektorer – region og kommune – og derfor er reguleret af forskellige lovgivninger og underlagt forskellige styrings- og kontrolmekanismer.

Godt samarbejde sker ikke af sig selv, og det er da også en velkendt problemstilling, at det kan være vanskeligt at indgå i et hensigtsmæssigt samarbejde på tværs af fagligheder, indsatser og sektorer. For at imødekomme vanskelighederne, har der igennem de seneste 10-15 år været gennemført en række projekter, hvis primære fokus har været at etablere et bedre samarbejde rundt om både unge og voksne borgere med en dobbeldiagnose. Derudover udgav Social- og Sundhedsstyrelsen i 2014 retningslinjer for *De koordinerende indsatsplaner (Social- og Sundhedsstyrelsen, 2014)*, som et redskab til at understøtte samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og rusmiddelbehandling. Erfaringerne fra de forskellige samarbejdsprojekter og fra implementeringen af *De koordinerende indsatsplaner* er meget forskellige. Nogle steder lykkes samarbejdet, mens det andre steder lykkes i mindre grad (Thylstrup og Johansen, 2019; Johansen 2018).

Samarbejde – udfordringer og muligheder

Samarbejde kan beskrives som forskellige og adskilte menneskers eller grupperes anstrengelser for at nå et fælles mål, og at disse har en oplevelse af at behøve hinanden for at kunne nå dette mål (Brown, 1983). I behandlingen opbygges der for eksempel bedst positiv alliance mellem behandler og borger, hvor der er enighed om målet for behandlingen, hvilke opgaver, der indgår i behandlingen og en lyst til at samarbejde (Bordin, 1979). De processer og nødvendige omdrejningspunkter, der er indgået i et vellykket samarbejde, peger således på både på nogle vigtige forudsætninger, der bør være tilstede for at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring unge med dobbeltdiagnose lykkes, men peger samtidig også på de vanskeligheder, der kan være i at opbygge et sådant samarbejde.

Udfordringer

De elementer, der er centrale for et vellykket samarbejde, indikerer altså allerede nogle af udfordringer, som ofte viser sig, når i hjælpesystemernes indsatser overfor unge, som er dobbeltdiagnosticerede:

1. Er vi enige om, hvad der er problemet?
2. Er vi enige om, hvad vi arbejder hen imod, og hvad vi skal gøre?
3. Har vi en oplevelse af at behøve hinanden i opgaveløsningen?

Er vi enige om, hvad der er problemet?

Rusmidler og psykiske lidelser er ikke to afgrænsede problematikker, men påvirker hinanden gensidigt. Det betyder, at det ofte er vanskeligere at diagnosticere og vurdere behandlingsbehov, og at kan opstå udfordringer, når der skal defineres en fælles problemforståelse og fordeling af arbejdsopgaver og ansvar (Thylstrup og Hesse, 2019). Dertil kommer, at dobbeltdiagnose ofte involverer andre problemer, der rækker ud over den behandlingsmæssige indsats, såsom problemer i sociale relationer, skolegang, uddannelse og arbejde. Mange undersøgelser viser for eksempel, at mennesker med belastning af både misbrug og psykisk lidelse oftere har et lavere funktionsniveau, oftere er uden for uddannelse og arbejde, oftere har et dårligt helbred og hyppigere indlægges på hospitaler, samt at de oftere er hjemløse og udøver eller er ofre for vold. Det er her vigtigt at huske, at unge med samtidig rusmiddelproblematik og psykisk lidelse ikke blot defineres af deres lidelser, men ligesom andre udfolder sig og interagerer på mange livsområder – skole, arbejde, venner, familie, hobbyer og andet.

Af samme grund bør bedringsprocessen derfor involvere et helhedsorienteret sigte, som inddrager andre livsområder. Men fordi der netop er tale om mange livsområder, der påvirkes af de unges rusmiddelproblemer og psykiske problemer, er der også mange aktører, der oplever at have en aktie i definition og håndtering af de unges problemer. Udover rusmiddelbehandling og psykiatri inddrages der derfor ofte professionelle fra fx Børn- og ungeforvaltningen, uddannelsesinstitutioner, jobcentret mm. Man kan på den ene side sige, at det er en styrke, at det helhedsorienterede fokus ofte bevirker, at der er mange indsatser, som vurderes at være relevante ift. at hjælpe de unge. På den anden side medfører de forskellige arbejdsopgaver og fagligheder, at der er lige så mange måder at anskue og definere det problem, som indsatsen i første omgang skal rette sig mod, som der er indsatser (Lehmann et al., 2000). Den dobbelte belastning involverer således både det sundhedsfaglige, sociale og juridiske område, fordi det både omfatter rusproblemer, psykiske og sociale problemer. Enighed om, hvad der er problemet, og hvad der bør prioriteres i den behandlingsmæssige indsats, støder derfor nemt på udfordringer, hvor to af de mest vægtige udfordrin-

ger ofte udgøres af forskelle mellem de fagligheder og logikker, der er involveret i indsætterne, og af de forskellige arbejdsopgaver og ansvarsområder, som de varetager. Fx er det ikke sjældent, at rusmiddelbehandlingen, hvis den er opmærksom på den psykiske lidelse, ser den psykiske lidelse som det primære problem, som bør henlægges til psykiatrien, der således bør tillægges det primære behandlingsansvar. Tilsvarende, ser man i psykiatrien ofte rusmiddelbruget som det primære problem, hvorfor rusmiddelbehandlingen derfor tillægges den primære behandlingsforpligtelse. En yderligere udfordring er her, at særligt børne- og ungdomspsykiatrien ofte er tilbageholdende med at stille en diagnose for en psykisk lidelse, så længe der pågår et aktivt misbrug. Og da diagnosticeret psykisk lidelse er nødvendig for at få tilbudt psykiatrisk behandling, resulterer denne tilbageholdenhed ofte i en afvisning ift. opstart af behandling, før misbruget er stoppet. På samme måde kan fx familieforvaltningen, uddannelsesinstitutioner, jobcentret mm. have andre tanker om, hvad det primære problem, som der bør sættes ind overfor, er (Andersen, 2014). Og de unge og deres pårørende har deres perspektiv på problemets omfang, som ofte rækker længere tilbage og frem end den behandlingsmæssige indsats, og involverer andre indsætter end dem, som tilbydes i rusmiddelbehandling og psykiatri (Thylstrup et al., 2019).

Er vi enige om, hvad vi arbejder hen imod, og hvad vi skal gøre?

Selv om de involverede på et overordnet niveau nok kan blive enige om, at målet er at hjælpe barnet eller den unge med at få det bedre, udfordres enigheden ofte, når målet for den samlede indsats skal defineres, og de konkrete opgaver afklares og koordineres. Hvad er det vigtigste at tage fat i? Hvem har ansvaret for at gøre det? Og hvad er målet? Fx kan rusmiddelbehandlingen opleve, at det vigtigste er at få iværksat en psykiatrisk udredning og eventuel behandling af de psykiske problemer, mens psykiatrien vil hævde, at det første nødvendige skridt er at arbejde med misbruget, så en psykiatrisk udredning kan foretages. Andre udfordringer er placeret andre steder i systemet, hvor fx visse dele af systemet vil mene, at fastholdelse i uddannelse er det vigtigste mål, og andre at et fokus på fastholdelse netop er med til yderligere at belaste de unge.

En anden udfordring er, at fordi målet for samarbejdet ofte involverer flere indsatsområder og strækker sig over længere tid, skal den aktuelle indsats løbende revideres, og de konkrete opgaver afklares og koordineres på ny. En vigtig del af samarbejdet på tværs består således af en vilje til at afsætte ressourcer af til en løbende afklaring, hvor samarbejdspartnerne mødes og vurderer, hvorvidt indsatsen er relevant og forløber tilfredsstillende. I denne proces arbejder de involverede ofte ud fra forskellige tidsperspektiver, hvor en velkendt udfordring er, at mens psykiatriens særligt rettede pakkeforløb baserer sig på en klar opstart og afslutning på et behandlingsforløb, arbejder rusmiddelcentre som del af den socialfaglige indsats de varetager, ofte med et længere tidsperspektiv, som involverer samarbejde med andre relevante aktører, så som uddannelsesinstitutioner, jobcenter og kriminalforsorg. Det er altså ikke let at gå i samme takt, som oveni skal passe til den unge og dennes pårørende, som skal kunne følge indsatsen og opleve den giver mening i hverdagen.

Har vi en oplevelse af at behøve hinanden i opgaveløsningen?

For unge med komplekse problemstillinger er der gennemgående brug for, at de specialiserede indsætter arbejder sammen. I et sådant samarbejde er det centralt at afklare, hvem der har ansvaret for at sikre samarbejdet, så de specialiserede tilbud er koordinerede og hænger sammen, ikke mindst for de unge og deres pårørende. Forskellige fagligheder og forskellige institutioner har deres styrke i, at de er specialiserede, og som følge af dette, er i stand til at løse nogle konkrete afgrænsede opgaver på en kvalificeret måde. Med den øgede specialisering, som ikke mindst præger sundhedsvæsenet, medfører det ofte, at hjælpesystemet i Danmark består af en række institutio-

ner, der fx er gode til at udrede og behandle psykiatriske problemstillinger, mens andre institutioner er gode til at udrede og behandle rusmiddelrelaterede problemstillinger. Udfordringen er samtidig, at med klart definerede kerneopgaver, følger en prioritering af klart definerede indsatser, som sker på bekostning af det nødvendige helhedsorienterede sigte.

En anden udfordring er forskelle i de hierarkiske placeringer, som de forskellige fagligheder og institutioner har. Beslutninger om, hvad der skal gøres, udfordres derfor alt for ofte af hvem, der oplever at have behandlingsansvaret og derfor stå med mandat til at træffe den endelige beslutning. Det er her velkendt, at psykiatrien, som er et lægevidenskabeligt speciale, traditionelt har trukket på den prestige og autoritet, som forbindes med lægevidenskaben, hvilket ofte har medført, at personalegrupper fra psykiatrien har haft det afgørende ord i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, når det kommer til den endelige prioritering af, hvilke indsatser og foranstaltninger, der skal iværksættes. Det er således ikke sjældent, at fagpersoner fra andre (socialfaglige) baggrunde og sektorer oplever, at de i høj grad må indordne sig under det sundhedsvidenskabelige paradigme, selvom det ikke stemmer overens med deres forståelse af, hvilke problemer og livsområder, der bør prioriteres for at støtte de unges bedringsproces.

Ift. unge med dobbeltdiagnose medfører hjælpesystemets opdeling i specialområder og hierarkier, at de unges familier alt for ofte oplever at have ansvar for at koordinere både indsatser og kontakt med de involverede fagpersoner og hjælpetilbud. Dette understreges af, at forældrene, der har deltaget i Alliancen, beskriver, at de stort set ikke har mødt nogen fagpersoner, som har fortalt, at de har samarbejde og koordinering som deres primære opgave. At denne udfordring i samarbejdet bør tages alvorligt, understreges yderligere af, at ikke alle forældre magter dette ansvar, og at de heller ikke kan tage det, når de unge bliver myndige. Ansvar for samarbejdet omkring de unges bedringsproces er således alt for ofte svært at afklare, placeres afhængigt af hierarkier og forældreevne, og samles ikke op af nogen, der har det som deres kerneopgave.

Centrale forudsætninger for, at samarbejdet kan lykkes

Når man kigger på de samarbejdsprojekter, der har været gennemført imellem psykiatri og rusmiddelbehandling, er der en række faktorer, der går igen i de projekter, som er lykkedes. Måske vigtigst af alt er, at disse projekter er kendetegnede ved, at man så at sige har 'vendt bøtten om', og starter med at afklare de aktuelle rammer for opgaveløsning og ansvar, før problemerne og den videre håndtering af dem afklares og defineres.

Er vi enige om, hvad der er problemet?

Selvom fokus på den ene lidelse frem for den anden kan være relevant ift. et behandlingstilbuds primære fokus, er der mange fordele ved, at en afklaring af den unges problemer tager afsæt i en løbende udredning af symptomer ift. misbrug og psykisk lidelse, og hen ad vejen afklarer de nødvendige behandlingsbehov, og hvem der skal varetage dem og sikre samarbejdet i indsatsen. Netop fordi rusmiddelbrug og psykisk lidelse ofte ikke kan defineres som klart afgrænsede problematikker, er det en god tommelfingerregel at tage højde for, at der er tale om flere kombinationsmuligheder ift. grad af misbrug og psykisk lidelse, og i samarbejde med barnet/den unge fokusere på, hvad der bedst støtter op om øget trivsel.

Nogle af de vellykkede projekter er kendetegnet ved, at de professionelle fra de involverede sektorer mødtes regelmæssigt, og på den måde får mulighed for at arbejde sig hen imod en fælles forståelse og enighed ift., hvordan de forskellige indsatser bedst kunne understøtte det fælles mål. Derudover har de fælles møder også haft den funktion, at medarbejderne fra de forskellige sekto-

rer fik kendskab til hinandens indsatser og respekt for hinandens faglighed, hvilket afhjalp mange af de udfordringer, der typisk opstår i disse samarbejder. Et afgørende punkt i at skabe en sådan fælles forståelse har derudover været fokus på betydningen af at inddrage de unge selv, samt evt. deres pårørende.

Er vi enige om, hvad vi arbejder hen imod, og hvad vi skal gøre?

Skal der kunne skabes enighed om, hvad man arbejder hen imod, kræver det:

- At der er en klar ansvarsfordeling, som løbende opdateres, og at man som fagprofessionel kan acceptere, at man i perioder skal spille en mindre vigtig rolle, og i andre perioder en mere vigtig rolle ift. andre faggrupper eller indsatser.
- At man som fagprofessionel har forståelse for vigtigheden af, at den unge og de pårørende høres og inddrages fra start til slut.

Opbygning af vilje til og rum for samarbejde udgør en vigtig grundsten for et vellykket behandlingsforløb. Det kræver lydhørhed, ydmyghed og tid, både over for de unge, pårørende og samarbejdspartnere. Når det lykkes, opstår der mulighed for at indgå i en proces, hvor alle involverede gradvist bliver klogere på, hvilke skridt, der skal tages for at støtte de unges bedring. En vigtig pointe er her, at der skal være tid til at blive klogere på, hvordan rusmidler og psykiske lidelser påvirker hinanden gensidigt, og hvordan de involverede kan arbejde med problemerne på den mest hensigtsmæssige måde. En ligeså vigtig pointe er prioritere løbende opmærksomhed på, hvordan andre relevante livsområder i den unges liv spiller ind i bedringsprocessen, og hvordan de kan inddrages. Fx kan det være, at de unge gerne vil øve sig i at indgå i sociale fællesskaber, som en del af en større proces hen mod at genoptage skolen og få nogle venner, der ikke bruger rusmidler. Som en del af denne løbende proces, indgår ofte en bredere udredning, der, sammen med samtaler og andre aktiviteter, hjælper med at identificere hvilke udfordringer, der med fordel kan være særligt fokus på i opstart af behandlingsforløbet, så de unges motivation for at indgå i processen styrkes mest muligt. Denne udredning bør således ses som en første udredning, der støtter op om en fælles afgrænsning og forståelse af problem- og arbejdsområder samt ressourcer, og som på et senere tidspunkt efterfølges af endnu en udredning.

Har vi en oplevelse af at behøve hinanden i opgaveløsningen?

For at samarbejdet kan fungere, skal det ses som en kerneopgave – og ikke som noget, der ligger ud over den kerneopgave, man har som opgave at løse. De vellykkede projekter viser, at samarbejdet er prioriteret, at der afsættes tid til at etablere gode rammer, som både støtter op om samarbejdsrelationer, forståelse for hinandens arbejdsopgaver og fagligheder, samt samarbejdsstrukturer. Man har altså tid til at klarlægge, hvorfor, hvornår og hvordan man er og bør være centrale samarbejdspartnere. Den afsatte tid kan også støtte en bedre kommunikation og sikring af en vis grad af enighed om, hvad man arbejder hen mod, og, ikke mindst, hvornår det er vigtigt at samstemme og afklare den fælles retning ift. til indsatser til den enkelte borger. Det kræver ressourcer, der ofte ikke synes at være til rådighed. Samtidig medfører en prioritering af at sætte tid af til samarbejde ofte også, at den tid, der almindeligvis anvendes på at løse samarbejdsconflikter, reduceres.

Det er også nødvendigt med et stærkt ledelsesmæssigt fokus på og opbakning til samarbejdet. De vellykkede projekter peger på, at det ledelsesmæssige fokus ikke bare skal være en del af opstartsfasen, men også ske løbende. Samarbejdets funktion og betydning skal altså hele tiden prioriteres som et centralt element. I mange sammenhænge vil det kræve, at man har en ydelsesstruktur, der understøtter tiden, der sættes af til at sikre dette samarbejde. Endelig er en vigtig faktor for at lyk-

kes, at tovholder- eller koordinatorfunktion prioriteres, som man fx har gjort på dobbeltdiagnoseområdet i Region Syddanmark (se også Artikel 12: *Koordinerende indsatsplaner og forløbskoordination af P. Jensen & V.R. Hillerup*), og sådan som man også kender det fra andre komplekse sygdomsforhold – fx KOL. Det ser ud til, at en målrettet forløbskoordination kan afhjælpe noget af udfordringen ift. at sikre prioritering og koordinering af relevante møder, som inddrager borgeren og pårørende, og som skaber overblik over, hvem der indgår hvornår i behandlingsprocessen, samt hvilke delmål, de forskellige parter skal varetage i samarbejde med den unge. Hvorvidt dette er en mulig løsning, afhænger bl.a. af hvilke ressourcer og beføjelser, man knytter til koordinatorfunktionen.

Litteraturliste

- Bordin, E. S. (1979): *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. I: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252.
- Brown, L. D. (1983): *Managing Conflict at Organizational Interfaces*. USA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Andersen, D. (2014): *Stofmisbrugsbehandling til unge. Handler det om stoffer? I: Samfund og rusmidler. Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*. Red.: Thylstrup, B., Hesse, M., Pedersen, M. U., Frederiksen, K. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.
- Johansen, K. S. (2018): *Treatment of Dual diagnosis in Denmark – Models for Cooperation and Positions of Power*. I: *Qualitative Studies*, 5 (2), 125-139.
- Lehmann, A.F., Myers, P.C. & Corty, E. (2000): *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes*. I: *Psychiatric Services*, 51 (9), 1119-1125.
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelsen af koordinerende indsatsplaner*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thylstrup, B. Schrøder, S., Bønness, J., Herold, M. (2019): *Forløb til forældre til unge med psykisk lidelse og rusmiddelproblem*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Unge med Psykisk lidelse og Rusmiddelproblem
- Thylstrup, B. og Hesse, M. (2019): *At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder*. I: *Samfund og rusmidler. Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*. Red.: Bagga Bjerge & Esben Houborg. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.
- Thylstrup, B. og K. S. Johansen (2019): *Hvad har vi lært af 15 års projekter på Dobbelt diagnoseområdet?* Oplæg præsenteret på konferencen 'Meeting the Dragon', juni 2019.



ARTIKEL 08

FÆLLES MÅL FOR INDSATSERNE TIL UNGE MED DOBBELT BELASTNING/-DIAGNOSE

Af Peter Jensen, chefkonsulent i SPUK

Indledning

Bender et al (2006) beskrev efter gennemgang af en lang række systematiske randomiserede tiltag og interventioner ift. unge med dobbeltdiagnoser 10 foreløbige anbefalinger i forhold til at arbejde med og behandle unge med dobbeltdiagnose. Disse anbefalinger er beskrevet i vidensopsamlingen *"Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning – Afdækning af viden og erfaringer på området"* (Hansen og Jensen, 2016.) Den ene af disse anbefalinger var, at *'Behandlingen skal være målstyret, her-og-nu-fokuseret og tage udgangspunkt i ressourcer'*.

Der er imidlertid, når det handler om unge med dobbeltdiagnose, oftest adskillige aktører, der har kontakt med den unge samtidig, og det er langt fra altid, at disse aktører har de samme mål, som de arbejder frem imod sammen med den unge. Ofte kommer målene i de forskellige sektorer til at være usammenhængende, og i nogle tilfælde bliver de direkte kontraproduktive, som når det fx kræves, at den unge frekventerer en produktionsskole, hvor mange unge har et dagligt forbrug af hash, samtidig med at den kommunale rusmiddelbehandling arbejder på at etablere den unge i fællesskaber, hvor hashen ikke er et omdrejningspunkt for fællesskabet.

En anden af Bender et al's retningslinjer var, at behandlingens skal være 'integreret', hvilket betyder, at behandlingsindsatserne i forhold til rusmidlerne og i forhold til psykiatrien varetages af personer, der er tilknyttet samme organisatoriske enhed. Det betyder, at der organisatorisk bl.a. er mulighed for en langt større samordning af målene i forhold til psykiatri og rusmiddelbehandling, men hvor det ikke nødvendigvis bliver en større samordning mellem målene mellem fx den integrerede behandling og jobcenter eller integreret behandling og døgnanbringelsessted som fx familiepleje.

Hvis der skal arbejdes med opstilling af fælles mål for alle de professionelle indsatser, som den unge er kontakt med, kræver det dels, at der arbejdes tværsektorielt og dels, at der arbejdes med den samme forståelse af, hvordan mål opstilles og hvilke typer af mål, der skal arbejdes med.

På baggrund af bl.a. anbefalingen fra Bender blev nogle af paneldeltager i Fagekspertpanelet bedt om at holde et mindre oplæg d. 7/9 18 om, hvordan de arbejder med mål. Oplæggene blev holdt med udgangspunkt i virkelighederne i psykiatrien, i koordinationen mellem psykiatri og social misbrugsbehandling og i den kommunale sociale virkelighed indenfor myndighed og udfører.

Derudover blev der holdt et perspektiverende oplæg fra en forsker med særligt fokus på, hvilken betydning det har for visse grupper af unge, at de konstant bliver mødt med krav om at skulle leve op til mål, som giver meget lidt mening for dem i deres hverdag, eller hvor de adskillige gange ikke har været i stand til at leve op til målene. Ambitionen med indlæggene var at blive klogere på i hvilken udstrækning, der faktisk blev arbejdet med koordinering og opstilling af fælles mål. Fremlæggelserne indikerede, at fælles mål for indsatserne kun undtagelsesvis var til stede og samtidig, at nogle mål primært var 'produktionsmål' for at måle sags-/patientflowet.

Om mål

Der er i mange år blevet arbejdet med at sætte mål for menneskers udvikling. Der arbejdes i socialsektoren med handleplaner og i sundhedssektoren bl.a. med koordinerende indsatsplaner. Udover disse typer af mål, som går på den enkelte unges funktion, er alle sektorer underlagt mål omkring produktivitet, økonomi og budgetoverholdelse m.v. Vi vil i dette bidrag holde os til mål i forhold til de unge, fordi det er der, fokus ligger i Benders anbefalinger. Benders anbefaling er, at vi alle (ung, familie, behandlere m.v.) arbejder mod det/de samme mål.

Mål for menneskers udvikling er en vanskelig størrelse. De fleste håndbøger, vejledning osv. fra styrelser og andre anbefaler, at man kikker mod SMART¹ modellen, når der skal udarbejdes mål. Eller at målene i hvert fald 'SMART-sikres'. Imidlertid viser det sig ofte i praksis, at SMART i forhold til (unge) menneskers udvikling er meget vanskeligt at anvende, hvilket kan hænge sammen med, at SMART oprindeligt blev udviklet til produktionsvirksomheder, og som – med al respekt for produktionsvirksomheder – er knapt så komplicerede størrelser som menneskelig udvikling.

Mål og koordination

Mennesker med dobbeltdiagnose er oftest i forbindelse med en række offentlige og private (støtte-)indsatser. Hver af sådanne indsatser arbejder med mål for deres indsatser (måske lige med undtagelse af indsatser drevet af frivillige), og der vil være en tendens til, at indsatserne vil være mest fokuseret på det område, som netop er deres speciale. Nogle af de indsatser, der lovgivningsmæssigt er forpligtet til at arbejde med mål, er:

- Voksne (over 18 år), der har betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, skal tilbydes en handleplan, når det vurderes, at de har behov for en socialfaglig indsats (SEL § 141). Undersøgelsen af behovet bygger ofte på VUM (Voksenedretningsmetoden). Handleplanen udarbejdes af den kommunale myndighed og har til formål at beskrive de kort- og langsigtede mål for borgeren, herunder påtænkte indsatser.
- Borgere med et stofmisbrug, der visiteres til et behandlingstilbud efter lov om social service § 101 eller sundhedslovens § 142 skal have udarbejdet en behandlingsplan. Social behandling for stofmisbrug efter § 101 hviler på en beslutning om et individuelt tilrettelagt forløb, hvor borgere med et stofmisbrug på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Behandlingsplanen skal sikre sammenhæng mellem både den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt.
- I den kommunale alkoholbehandling er der oftest mulighed for at få udarbejdet en behandlingsplan. Udarbejdelsen af behandlingsplaner i alkoholbehandlingen er bl.a. nævnt i rådgivningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen og KL. Behandlingsplanen er en faglig vurdering af borgerens aktuelle behov og kan indeholde en beskrivelse af konkrete indsatser, målsætninger, behandlingsmetoder mv.

¹ SMART står for at et mål skal være: Specifikt, målbart, accepteret, realistisk og tidsafgrænset

- For børn og unge, skal der foreligge en handleplan (SEL §140), inden der kan iværksætte støtte efter SEL §52. Handleplanen hviler på den børnefaglige undersøgelse (der ofte udarbejdes efter ICS), der er gennemført. Når indsatsen/foranstaltningen iværksættes, udarbejdes en behandlingsplan af indsatsen/foranstaltningen.
- I psykiatrien skal der udarbejdes en behandlingsplan for indlagte patienter jf. psykiatriloven § 3 stk. 3. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og angiver mål og indsatser, herunder behovet for sociale tiltag.
- Inden for den psykiatriske behandling kan der træffes beslutning om at lave en udskrivningsaftale i forbindelse med udskrivning, hvis det antages, at patienten ikke selv opsøger den nødvendige behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred (psykiatrilovens § 13a). Det er den behandlingsansvarlige psykiatriske overlæge, der træffer beslutning om en udskrivningsaftale. De øvrige aktører i denne aftale er borgeren, den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommunen, praktiserende læger og praktiserende speciallæger m.fl.
- I de tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten, jf. psykiatrilovens § 13b.

Udover disse handle- og behandlingsplaner er der også en række andre instanser, der arbejder med de samme mennesker (fx hjemløseindsatser og praktiserende læge), ligesom mange af disse mennesker har private netværk, som også er optagede af at medvirke til, at den unge får den bedst mulige 'behandling'. Derudover vil en del også have planer på fx jobcenteret i forhold til uddannelse og arbejde.

Handleplaner, behandlingsplaner og indsatsplan

Handleplaner anvendes af myndighed, når de fx har gennemført en undersøgelse af en voksen (VUM) eller en ung (ICS/SoS). Handleplanerne opstiller mål for de indsatser/foranstaltninger, som myndighed bestiller hos foranstaltninger/indsatser. For voksne over 18 år gælder, at handleplanen skal tilbydes, mens det for børn og unge under 18 år er et lovkrav, at der opstilles en handleplan.

Behandlingsplaner opstilles af de foranstaltninger og indsatser, som har behandlingskompetencen. Det betyder, at handleplanen definerer målet for indsatsen, mens behandlingsplanen definerer, hvordan der konkret skal arbejdes for at nå målet – og evt. hvilke delmål der skal arbejdes mod undervejs.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har til koordination af de mange indsatser, der kan være i spil, udarbejdet de koordinerende indsatsplaner.

Disse indsatsplaner "skal – med støtte fra koordinatorfunktionen – i udgangspunktet udarbejdes af borgerens centrale kontaktpersoner, dvs. behandlere i den ambulante psykiatri, stof- og/eller alkoholbehandlingstilbud, den praktiserende læge og med borgeren og pårørende (ved forudgående tilsgået fra borgeren) som aktive deltagere. Derudover kan der efter behov indkaldes kommunale støtte- og kontaktpersoner, bostøtte-medarbejdere til borgere med psykiske lidelser, aktører fra PSP- samarbejdet (Politiet, Sociale myndigheder og Psykiatri), samt medarbejdere fra jobcenter og uddannelsesvejledning. (...) Formålet med udarbejdelsen af en koordinerende indsatsplan er at skabe overblik over de indsatser, som borgeren modtager, og dermed være en samlende plan for koordination af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling. På baggrund heraf foretager de inddragede parter en fælles prioritering af, hvilke indsatser, der skal iværksættes, og i hvilken rækkefølge de skal tilbydes. Indholdet af den koordi-

nerede indsatsplan skal afstemmes i forhold til borgerens præferencer. Målet er altså at samle de mange planer i en samlet plan med alle de aktører, som er relevante i forhold til give borgeren den bedst mulige støtte.” (Sundhedsstyrelsen, 2014)

Hvordan der skal arbejdes med de koordinerende indsatsplaner (opgave og ansvarsfordeling) aftales lokalt mellem kommuner og region, ligesom det også anbefales (af Sundhedsstyrelsen/Socialstyrelsen), at koordinatorfunktionens placering aftales af de regional/lokale parter. Koordinatorens funktion er *”at indkalde til møde(r) og sikre, at fagpersoner og evt. pårørende har de nødvendige informationer for at kunne udarbejde en indsatsplan”* (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Indsatsplanerne sigter på voksne – altså borgere over 18 år.

Unge under 18 år

Med vores fokus på unge er der også unge under 18 år, der er dobbeltdiagnosticerede/dobbelt-belastede. Det betyder, at koordinationen for disse unges forløb og indsatser primært er placeret i de kommunale børne- og familieafdelinger (myndighedsafsnit) i samarbejde med forældrene. Dog er behandlingsindsatsen for stofmisbrug hjemlet i SEL §101 stk. 3, så der ikke skal ventes på resultatet af en børnefaglig undersøgelse (der skal være færdiggjort indenfor 4 måneder).

I forhold til disse unge er der en lang række samarbejdspartnere, der adskiller sig fra samarbejdspartnerne på voksenområdet. Det handler fx om skoler, ungdomsuddannelser, mestre fra lærepladser, uddannelsesinstitutioner, kommunale kontaktpersoner, pædagogiske medarbejdere i almenområdet. Mange af disse samarbejdspartnere afspejler, at der er tale om unge, der er i en bevægelse mod voksentilværelsen.

Lovgivningen sætter med myndighedsalderen en grænse for, hvornår en ung bliver voksen, men de allerfleste unge lever en ungdomsliv, hvor det 18. år ikke spiller en afgørende rolle. Livet går videre efter det 18 år uden de store forandringer (udover berettigelsen til SU samt kontakthjælp/uddannelseshjælp). For unge, der er i kontakt med de offentlige systemer, er situationen imidlertid en anden. De går ofte fra behandling i børne- og ungdomspsykiatrien til behandling i voksenpsykiatrien (i en region har man besluttet, at skiftet først sker efter det 19. år), de går fra støtte efter Servicelovens børnebestemmelser til støtte efter voksenbestemmelserne, medmindre de er berettiget til efterværn efter SEL §76. Voksenbestemmelserne betragtes af de unge oftest som langt mere restriktive og mere kontrollerende. For nogle unge betyder det 18. år også, at de ikke længere kan få støtte til deres problematiske forbrug af rusmidler i den indsats, som har støttet dem til det 18. år. De må skifte til behandlingsindsatser til voksne. Og det betyder noget, om indsatserne har et udviklingsperspektiv og en viden om ungegruppens særlige udfordringer. Og det betyder noget, for de mål, der skal sættes. I forhold til en evt. kontakt med behandlingspsykiatrien kan skiftet fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien tilsvarende betyde et skift væk fra et unge- og udviklingsperspektiv og over til et perspektiv med større fokus på symptomer og behandling. En indlæggelse i voksenpsykiatrien vil typisk også være sammen med patienter med nogle andre typer af diagnoser – primært sammen med patienter med psykoselidelser.

Når vi taler om mål i forhold til unge, er der en række temaer, der ofte bliver diskuteret, når der tales om, hvordan der sættes mål netop i forhold til børn og unge, og som det derfor også er værd at være opmærksom på i denne sammenhæng.

Løsningsfokuserede mål

Når Bender anbefaler, at målene skal tage udgangspunkt i den unges funktionsniveau, kræver dette dels, at vi sammen med den unge har mulighed for at finde ud af, hvad den unges funktionsniveau er, og derudover at målene i forhold til dette er med til at løse nogle af de vanskeligheder den unge (og det professionelle og private netværk) oplever. Løsningsfokuserede mål er samtidig mål, der er formuleret positivt i forhold til en ønsket tilstand. Denne tilstand skal – hvis det overhovedet skal give mening – også være en ønsket tilstand for den unge. Det betyder ikke, at den skal være direkte opnåelig, men den skal være ønsket, og det er denne tilstand de forskellige indsatser sammen med den unge arbejder hen imod.

Det er ikke muligt altid at arbejde med løsningsfokuserede mål. I arbejdet med unge med dobbeltbelastning vil der være unge, der anvender rusmidler på en måde i en periode af deres liv, der er direkte livstruende. I sådanne situationer skal rusmiddelforbruget under kontrol, og det handler derfor om, på den korte bane, at sørge for at sikre den unge. Eller hvis et ungt menneskes spiseforstyrrelse betyder, at personen er i fare for at dø eller tage varig fysisk og/eller psykisk skade, så skal gribes ind for at sikre den unge. Men når denne 'sikring' er gennemført, skal der arbejdes med de løsningsfokuserede mål, fordi løsningsfokuserede mål oftest trækker på den unges 'egen dagsorden', og derfor er mere motiverende for den unge at arbejde hen imod.

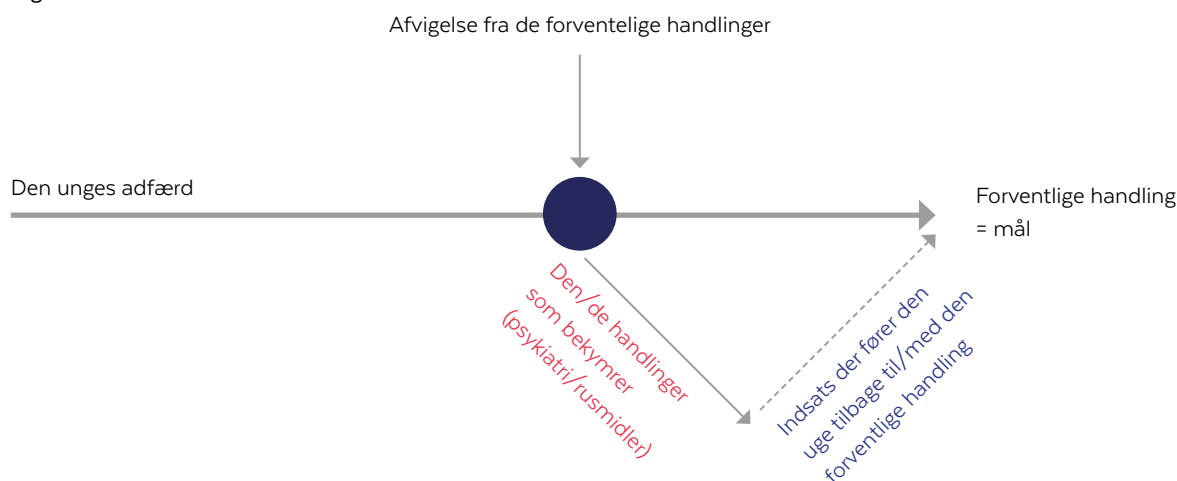
Døde mål, levende mål og mål på forventelig adfærd

Døde mål er ikke løsningsfokuserede, men de fagprofessionelle er særdeles gode til at bruge dem alligevel. Døde mål betyder, at det er mål et dødt menneske kan leve op til. Sådanne mål kan fx være, at 'Bent må ikke ryge hash' eller 'Benny skal ikke slå andre patienter på afdelingen'. Både Bent og Benny kunne leve op til målene, hvis de var døde. Døde mål er forbud (Hansen, 2017).

I modsætning hertil står levende mål, og her vil vi i Bents situation fokusere på, hvad Bents hashforbrug betyder for hans hverdag og hans ønsker til fremtiden. Hvis Bent er 15 år, kan det være, at hashforbruget betyder, at han får vanskeligt ved at få sin 9. klasses afgangseksamen, som han egentlig gerne vil have. Og så er det på hans skolegang, målet skal formuleres. I forhold til Benny vil vi fx blive optagede af, hvad det betyder for Bennys samvær med andre på afdelingen, at han slår, og så vil vi formulere mål på samværet (hvis Benny vel at mærke synes, det er et problem, han gerne vil løse).

Levende mål kan til tider være vanskelige at opstille, hvilket kan skyldes, at vi som fagprofessionelle ser alle de vanskeligheder, som den unge slås med i hverdagen eller har med i bagagen, og derfor næsten ikke engang tænker i, hvad andre på fx 15 år gør i forhold til skolegang. I disse situationer kan det være formålstjenligt at tænke i, hvad der er den forventelige adfærd for den konkrete unge, vi har med at gøre. Begrebet 'forventelig adfærd' skal ses som et justeret alternativ til 'normaladfærd'. De fleste på 15 år går i skole og skal afslutte deres 9. klasse, og det vil derfor kunne betragtes som normaladfærd for 15-årige, men det er ikke en målestok, alle kan måles på. Derfor er forventelig adfærd et begreb, der justerer adfærden i forhold til de særlige udfordringer og behov netop denne ung har. Således kan man sige, at hvis Bent, udover sit forbrug af hash, også har en alvorlig tilknytningsforstyrrelse eller opmærksomhedsforstyrrelse kan den forventelige adfærd hos ham betyde, at der skal arbejdes med mål, der ikke er en fuld 9. klasse. Samtidig vil midlerne til at nå dette mål også være anderledes, end hvis det alene var hash, der var problemet (hvad det jo aldrig er, når vi taler om unge med dobbeltbelastning).

Figur 1



Mål og midler i arbejdet

Mål og midler giver ofte vanskeligheder, når vi sammen med den unge skal sætte mål, blandt andet fordi mål i en sammenhæng, kan være midler i en anden sammenhæng. For eksempel vil gennemførelse af en 9. klasse ofte anses som et mål for en 15-årig, men det kan lige så vel anses som et middel til at komme ind på en ungdomsuddannelse.

Når vi sammen med den unge sætter løsningsfokuserede levende udviklingsmål for den unge i forhold til hans/hendes forventelige adfærd, betyder det, at behandlingsinstitutionerne (fx psykiatrien og rusmiddelbehandlingen for unge) vil være midlerne til at nå disse mål. Dette kan skitseres i figur 1.

Hvis vi holder fast i eksemplet med Bent, der både har et problematisk forbrug af hash og samtidig har en opmærksomhedsforstyrrelse, vil det betyde, at vi – med det kendskab vi har til Bents funktionsniveau, og som Bent selv mener er opnåeligt – skal sætte mål efter det forventelige. Det kunne være en 9. klasse i fagene dansk, matematik og engelsk. Og så er det det, arbejdet i indsatserne retter sig imod. Således skal psykiatrien være opmærksom på og arbejde med, hvad Bents opmærksomhedsforstyrrelse betyder for hans mulighed for at få den 9. klasse, der skal arbejdes mod. Det kan være medicinsk behandling, samtaler mv. og den sociale misbrugsbehandling skal arbejde med, at Bents forbrug af rusmidler ikke forhindrer ham i at møde op til undervisning og få lavet de nødvendige lektier. Derudover kan medicinering selvfølgelig overvejes i samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling.

Overordnet betyder det, at der ikke arbejdes mod behandlingsmålene (som kunne være stoffrihed og rask), men at der arbejdes mod et udviklingsmål, hvor behandlingsmålene skal sikre, at dette mål kan opfyldes. Behandlingsmålene er midlerne til, at Bent kan få sin 9. klasse i tre fag.

Perspektivering

Den beskrevne tilgang til mål (i handleplaner og behandlingsplaner), differentieringen mellem mål og midler, løsningsfokus m.v. betyder, at det ikke er tilstrækkeligt at koordinere de forskellige indsatser, men at det er betydningsfuldt, at alle er enige om, hvad det er for et eller flere mål, indsatserne skal bidrage til. Indsatserne bliver på den måde de særlige faglige bidrag til at nå de opstillede mål – mål som trækker på den unges livsambitioner og ikke på mere enstrengede mål som stoffrihed eller rask. Ikke fordi disse mål ikke er ønskværdige. Det er de – især set udefra. Men

disse mål vil meget ofte af de unge enten ikke blive betragtet som problemområder, eller de vil blive betragtet som uopnåelige, og dermed har vi taget første skridt væk fra den unges motivation om at skabe forandringer i sit liv.

De unge, der har været en del af de offentlige specialsystemer, har oplevet at få stillet rigtig mange mål for sit liv, og ofte uden helt at forstå, hvorfor disse mål blev opstillet. En del har oplevet, at disse mål blev opstillet af andre, og at det ikke var deres egne mål. Ofte har målene været meget diffuse som fx, at 'Benny skal have prosociale venner' eller 'Camilla skal bringes i en alderssvarende udvikling'. Mål som kan omfatte alt i hele barnets/den unges liv, og som det stort set er umuligt at finde ud af, hvornår man har nået. Og mange unge har oplevet, at der ikke blev fulgt op på målene. Alt i alt betyder det, at der er en gruppe unge, der er rigtig trætte af mål, og som ofte bare har lyst til at leve et liv, hvor man ikke bliver målt og vejret af offentlige myndigheder. Fordi det aldrig rigtig tidligere har gjort noget godt for dem, eller har givet mening for dem.

Disse unge vil ofte fremstå som umotiverede i forhold til at skabe positive ændringer i deres liv. Men motivation er ikke en statisk størrelse i menneskers liv. På nogle tidspunkter vil man være motiveret for at skabe disse forandringer og på andre tidspunkter, vil det ikke være tilfældet. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at mennesket altid vil være motiveret for at skabe disse positive forandringer, men at motivationen indimellem er latent og til andre tider manifest (Revstedt, 1995). Er motivationen manifest er den unge direkte motiveret for at indgå i forløb og indsatser, som kan bringe ham nærmere på udviklingsmålet. Er motivationen derimod latent, vil der oftest skulle arbejdes mod at skabe mål, der kan medvirke til at gå fra latent til manifest motivation.

Men hvem skal sammen med den unge definere den unges udviklingsmål?

For unge under 18 år ligger det i lovgivning (SEL §140), at det er de kommunale myndighedsafsnit, der sætter disse mål (børne-/familieafdelingerne) sammen med forældre og ung, men når det handler om unge over 18 år, er ansvaret mere diffust. Hvis de er i kontakt med de kommunale sociale voksenafsnit, skal de tilbydes en handleplan. Hvis de er i kontakt med Jobcentret, vil der oftest foreligge en uddannelses-/beskæftigelsesplan, men det sikrer ikke nødvendigvis, at det er den unges egne udviklingsmål, disse mål trækker på. Det vil være oplagt at placere ansvaret hos koordinatoren for de koordinerede indsatsplan, men dennes opgave er i øjeblikket defineret som en koordination mellem forskellige fagpersoner og en opgave uden borgerkontakt. Og uden borgerkontakt kan udviklingsmål ikke formuleres.

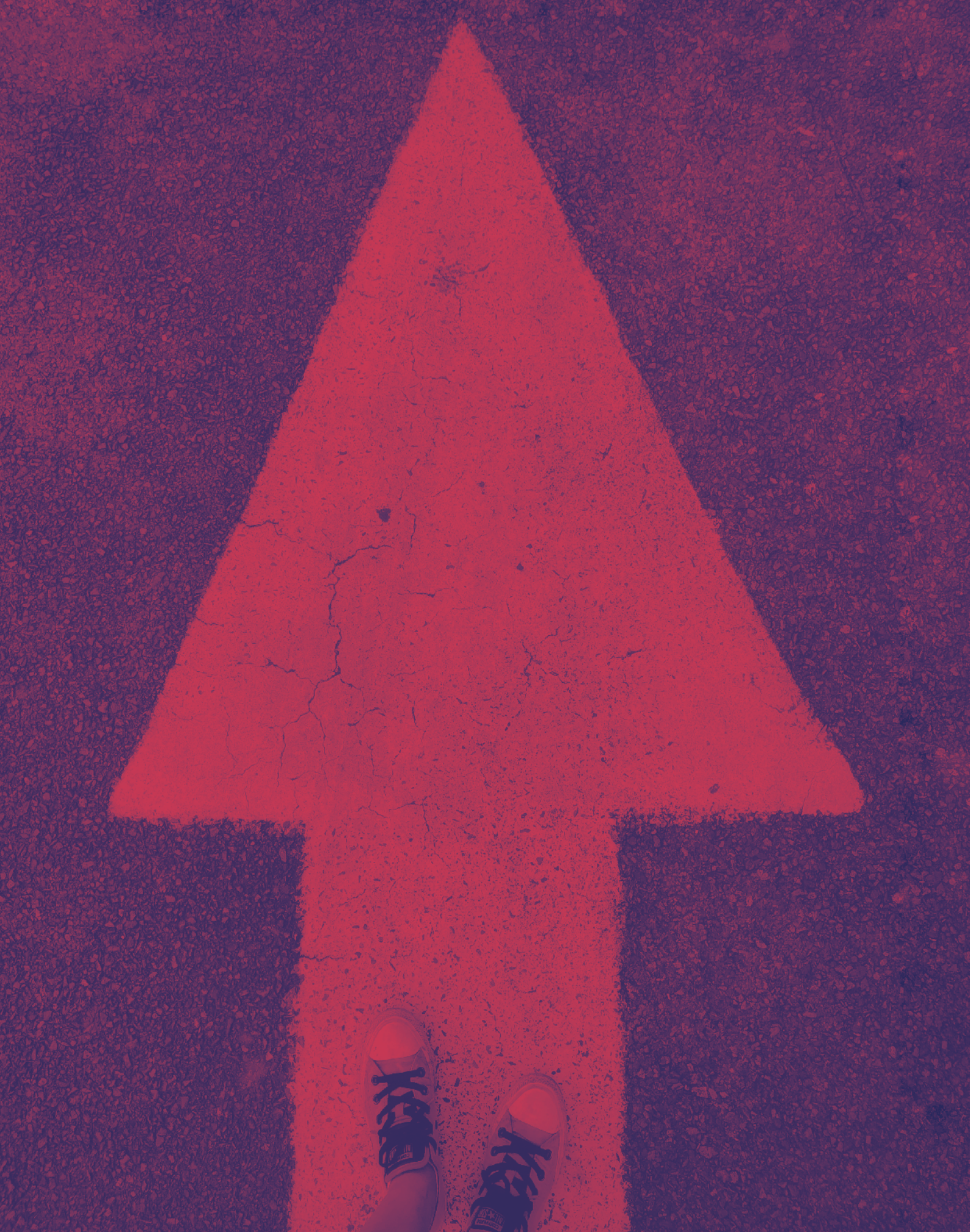
Litteraturliste:

Bach Hansen, Steen (2019): *Fælles Sprog- det levende sprog*, Scripta.

Jensen, Peter og Susanne Pihl Hansen (2016): *Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning – afdækning af viden og erfaringer på området*. Udarbejdet for Helsefonden af SPUK og PIHL INKLUSIVE. (Kan frit downloades på hjemmesiderne: www.spuk.dk og www.pihl-inklusive.dk)

Revstedt, Pär (1995): *Ingen er håbløs, motivationsarbejde i teori og praksis*, Hans Reitzel.

Sundhedsstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner*, Sundhedsstyrelsen.



ARTIKEL 09

RETNINGSLINJER FOR INDSATSER

Af Katrine Schepelern Johansen, seniorforsker og leder af Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser, Region H og Susanne Pihl Hansen, chefkonsulent i PIHL INKLUSIVE

Unge problemer med psykiske lidelser og misbrug strækker sig over flere indsatsområder og flere sektorer; bl.a. sundhedsområdet, socialområdet, uddannelsesområdet m.fl. I en dansk sammenhæng har der ikke fra myndighedsside været kigget samlet på området, og det betyder, at vi ikke har nogen fælles danske retningslinjer for, hvordan man skal møde unge med en dobbelt diagnose. Eksisterende retningslinjer beskæftiger sig primært med voksne og typisk også kun med en del af området. I denne tekst vil vi præsentere nogle eksisterende retningslinjer fra henholdsvis Danmark og udlandet, der på forskellig vis berører området, og som vil kunne tjene som inspiration for et tilsvarende arbejde i Danmark.

Eksisterende danske retningslinjer og vejledninger

Gennem de senere år har Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen hver for sig – og en enkelt gang sammen – udarbejdet danske retningslinjer og vejledninger, der på forskellig vis adresserer dobbelt diagnoseområdet:

- Sundhedsstyrelsen, 2015: *National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning.*
- Sundhedsstyrelsen, 2016: *National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse*
- Sundhedsstyrelsen, 2017: *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger (tidligere version fra 2008)*
- Socialstyrelsen, 2015: *Vidensportalen: Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug*
- Socialstyrelsen, 2016: *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014: *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner – for borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug*

Ud over disse publikationer fra styrelserne kan også nævnes KL's udgivelse fra 2012: *"God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan gøres"*.

Det er kendetegnende for disse retningslinjer, at de for størstedelens vedkommende er forankret hos enten Sundhedsstyrelsen/sundhedsområdet eller hos Socialstyrelsen/socialområdet. Det er således kun *Retningslinjerne for udarbejdelse af de koordinerende indsatsplaner*, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i et samarbejde.

Et andet forhold, der karakteriserer de forskellige retningslinjer, er, at de kun i meget begrænset

omfang beskæftiger sig med organiseringen af indsatserne – fokus ligger tværtimod på konkrete metoder og tilgange.

Og endelig er det tydeligt, at disse retningslinjer er udarbejdet med voksenområdet i tankerne. I de fleste af publikationerne forholder man sig slet ikke til en aldersdefinition af målgruppen.

Overordnet set peger de forskellige retningslinjer og vejledninger på, at man bør have en opmærksomhed på en evt. psykisk sygdom hos mennesker med misbrugsproblematikker, og tilsvarende, at man bør have en opmærksomhed på misbrugsproblematikker hos mennesker med psykisk sygdom. Der peges også på, at en god indsats fordrer et godt og tæt samarbejde mellem de forskellige instanser, der er relevante i en konkret sammenhæng.

Særlige anbefalinger og retningslinjer vedr. børn og unge

Både Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har gennem de senere år også haft fokus på tidlig indsats, forebyggelse og (behandlings)indsatser til børn unge ift. trivsel (herunder psykisk mistrivsel) og brug af rusmidler i flere forskellige publikationer:

- Sundhedsstyrelsen, 2018a: *Forebyggelsespakke Alkohol*
- Sundhedsstyrelsen, 2018b: *Forebyggelsespakke Stoffer*
- Sundhedsstyrelsen, 2018c: *Forebyggelsespakke Mental Sundhed*
- Socialstyrelsen, 2012: *Hele vejen rundt – redskaber til arbejdet med unges rusmiddelproblemer*
- Socialstyrelsen, 2016b: *Psykisk sårbarhed*
- Socialstyrelsen, 2016c: *Unge og Rusmidler*
- Socialstyrelsen, 2017d: *Hjemløshed*

Sundhedsstyrelsen har desuden i **De Nationale Retningslinjer (NKR)** også udarbejdet retningslinjer indenfor specifikke psykiske lidelser, som kan opstå/opdages i teenageårene, blandt andet: *ADHD, OCD, Spiseforstyrrelser, Borderline, Angst og Depression*.

Dertil kommer Socialstyrelsens **Vidensportal**, der opsamler aktuel bedste viden indenfor særlige områder. Gennem de senere år er der blevet udarbejdet materiale om flere forskellige temaer, der indirekte/direkte berører dobbeltdiagnoseproblematikker: *Autisme og komorbiditet, Børn og unge med angst, Opmærksomhedsforstyrrelser, Rusmiddelproblematikker, Udadreagerende adfærd, Unge med selvskadende adfærd*.

I enkelte af disse anbefalinger og vidensopsamlinger nævnes risiko for dobbeltdiagnoseproblematikker, ofte i anbefalinger, der vedrører unges brug af rusmidler. For eksempel nævnes i et par af publikationerne, at "psykiske lidelser" og "mistrivsel og psykiske problematikker, som fx ADHD, ensomhed, angst, depression – med eller uden diagnose" kan være konsekvens af et problematisk brug af rusmidler blandt unge. Og i Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker nævnes "psykiske sygdomme, herunder varige psykotiske symptomer" som en af de mulige konsekvenser af unges stofbrug (Sundhedsstyrelsen, 2018b).

I ovennævnte publikationer er der umiddelbart kun sparsom opmærksomhed på den omvendte sammenhæng, altså at psykiske vanskeligheder også kan give en øget risiko for rusmiddelbrug. I en af publikationerne vedr. psykisk sårbarhed konstateres for eksempel, at halvdelen af alle psykiske lidelser opstår omkring 14-års alderen og at ¾ af de, der udvikler en psykisk sygdom, har fået den psykiske lidelse inden 24-års alderen. Men risikoen for at de unge kan udvikle rusmiddelproblemer i forlængelse af de psykiske vanskeligheder nævnes ikke som særlig risikofaktor: "Så-

ledes er det at have psykiske vanskeligheder statistisk forbundet med øget risiko for: svage eller svigtende sociale netværk, svagere arbejdsmarkedstilknytning, fysiske helbredsproblemer og kortere levetid, hjemløshed." (Socialstyrelsen, 2016b)

Og der er ikke umiddelbart mange konkrete anbefalinger til, hvordan en eventuel dobbeltproblematik hos børn og unge skal håndteres i ovenstående anbefalinger. I NKR vedr. børn og unge med ADHD nævnes risikoen for misbrug af rusmidler som et særligt opmærksomhedspunkt, men der gives ikke umiddelbart anvisninger på, hvordan dobbeltproblematikken kan håndteres (Sundhedsstyrelsen, 2018d). Fra forskning i unges brug af rusmidler ved vi imidlertid, at netop ADHD er den psykiske lidelse, der oftest ses hos unge med et problematisk brug af rusmidler (Jones, 2014; Pedersen et al, 2014).

Internationale eksempler

Danmark er tilsyneladende ikke det eneste land, der mangler fælles retningslinjer for, hvordan vi skal møde unge med dobbeltdiagnose. I hvert fald har det været svært at finde retningslinjer, der er målrettet målgruppen af unge og som samtidig går på tværs af flere sektorer (sundheds-, social- og uddannelsesområdet). Men der findes dog eksempler en række eksempler og forslag til retningslinjer, som det er muligt at lade sig inspirere af, om end de primært er rettet mod voksne.

I dette afsnit vil vi kort gennemgå et par eksempler på retningslinjer for dobbeltdiagnoseområdet, hvor både misbrug og psykisk sygdom adresseres samtidigt, retningslinjer fra hhv. Norge og USA¹. Begge retningslinjer beskæftiger sig dog med voksenområdet, og tager udgangspunkt i, at én myndighed har ansvar for hele området. Begge retningslinjer forholder sig ikke kun til konkrete udrednings- og behandlingsmetoder, men kigger også på spørgsmål om det organisatoriske. På disse to punkter adskiller de sig markant fra, hvad vi finder i de danske bud.

De norske retningslinjer er valgt, fordi de er baseret på et omfattende arbejde, og fordi det norske samfund i højere grad ligner det danske end fx USA. De amerikanske retningslinjer er valgt, pga. det omfattende bagvedliggende arbejde og har en lang historie; de første amerikanske retningslinjer kom i 1994. De amerikanske retningslinjer, som vi inddrager her, er udgivet i 2013.

De norske retningslinjer

De norske retningslinjer, "*Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*", blev offentliggjort i 2012 af det norske Helsedirektorat (svarende til Sundhedsstyrelsen) og er baseret på en række litteratursøgninger og -gennemgange, hvor man bl.a. har undersøgt evidensen for forskellige udredningsværktøjer og behandlingsmetoder. Derudover er ledere og medarbejders erfaringer fra metoder og praksis i lokalpsykiatri og misbrugscentre indsamlet via spørgeskemaundersøgelse (Sønderby, 2011).

Publikationen om retningslinjerne indledes med fire centrale anbefalinger, der nærmest har karakter af et slags manifest:

¹ Også i Storbritannien har National Institute for Health and Care Excellence, NICE (et uafhængigt institut, der udarbejder guidelines og andre anbefalinger, dog med ansvar for Departement of Health and Social Care, svarende til den danske Sundhedsstyrelse) udarbejdet retningslinjer for mennesker med dobbeltdiagnoser. Der er flere lighedspunkter mellem disse retningslinjer og især de norske retningslinjer, og vi har derfor valgt ikke her at gennemgå de britiske retningslinjer. (NICE, 2016; NICE, 2011)

- "Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rus-utløst eller ikke.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til, at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende." (Helsedirektoratet, 2012a: 4)

Publikasjonen gjennomgår herefter systematisk en lang række aspekter, der ligger til grund for retningslinjerne: Definitioner, metode og proces, Forekomst i befolkningsundersøgelser og i målgrupper samt Ethiske og juridiske aspekter.

Dernæst præsenteres de i alt 93 retningslinjer, og her er især to forhold særligt interessante:

For det første har de norske retningslinjer fokus både på den enkelte person, der er ramt af samtidige problemer med rusmidler og psykiske lidelser (individ-niveau), og på hvordan hjælpesystemerne skal agere og indrettes (systemniveau), sådan at borgeren kan have en oplevelse af mestring og sammenhæng, når vedkommende bevæger sig gennem systemerne, og dermed selv kan medvirke til at få det bedre. De første fem anbefalinger i de norske retningslinjer lyder således:

1. Behandlingen bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg.
2. Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde
3. Individuell plan bør utvikles for den enkelte som et middel til brukermedvirkning
4. Behandlingsplan og målsetting om behandling skal utarbeides i samarbeid med brukeren
5. Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det. (Helsedirektoratet, 2012a, side 44)

For det andet blev der i forbindelse med præsentationen af retningslinjerne også samtidig etableret en national kompetencetjeneste, hvis primære virkeområde var – og stadig er – at understøtte implementeringen af retningslinjerne gennem tre overordnede tiltag:

- Øge tilgængeligheden til retningslinjerne (elektroniske retningslinjer),
- Sikre at borgere og deres pårørende bliver inddraget mhp. at ændre fagpersoners adfærd²,
- Iværksætte et nationalt oplæringsprogram.

De amerikanske retningslinjer

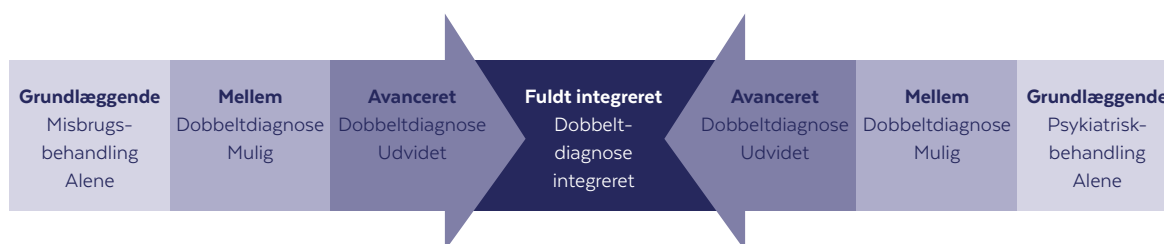
Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), der er en del af det amerikanske Department of Health and Human Services (Sundhedsministerium), udgav i 2013 den seneste version af deres retningslinjer om "Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42". Selv om titlen indikerer et fokus på misbrugsbehandling, beskæftiger retningslinjen sig med en række generelle principper for behandling af

2 Samtidig med udgivelsen af de norske retningslinjer blev der udarbejdet en pjece, målrettet borgere med dobbelt-diagnose. Pjecen er skrevet i et direkte sprog og gennemgår de vigtigste anbefalinger fra retningslinjerne. Borgeren opfordres til at bruge pjecen til at sikre at han/hun får den rette hjælp/støtte. (Helsedirektoratet, 2012b)

mennesker med både psykisk sygdom og misbrug. Som nævnt har vi valgt at inddrage denne amerikanske retningslinje pga. de omfattende erfaringer, der opsamles heri.

Hvor tidligere versioner af de amerikanske retningslinjer fokuserede på at anbefale integreret behandling af både psykisk sygdom og misbrug, og dermed også på større organisatoriske og ideologiske ændringer af området, er 2013-versionen præget af en pragmatisme og en erkendelse af, at sådanne ændringer ikke er realistiske. Der peges fortsat på integreret behandling som den centrale anbefaling i forhold til den mest belastede del af målgruppen, men også at der er behov for andre måder at organisere behandlingen på, således, at andre end de mest belastede kan få en kvalificeret behandling, selv om der ikke er tale om fuld integration.

SAMHSA bruger nedenstående model som en illustration af deres forslag (SAMHSA, 2013: 44, vores oversættelse):



De fire niveauer beskrives på følgende måde:

- Grundlæggende: Behandler den ene lidelse, men screener for den anden og har mulighed for at konsultere
- Mellem: Har primært fokus på den ene lidelse, men kan tilbyde nogle grundlæggende indsatser i forhold til den anden lidelse
- Avanceret: Tilbyder integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom
- Fuldt integreret: Tilbyder integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom + andre nødvendige sociale og somatiske indsatser

Tanken er, at der er tale om et sammenhængende behandlingssystem, hvor man forholdsvis problemfrit kan bevæge sig fra det grundlæggende niveau til et mere kompetent niveau, hvor der er behov for det. Det er også karakteristisk, at der er dobbeltdiagnose-kompetencer på alle niveauer i både psykiatri og misbrugsbehandling. Dette er ikke situationen i Danmark i dag, hvor mange tilbud befinder sig uden for modellen og netop ikke har dobbeltdiagnose-kompetencer. For eksempel vil en del kommunale misbrugsbehandlingstilbud ikke have kompetencer inden for psykiatri eller have mulighed for at konsultere psykiater. Og meget ambulante psykiatri beskæftiger sig ikke med misbruget, fordi det er en kommunal opgave.

Særlige retningslinjer målrettet unge med dobbeltdiagnoser

Det har ikke været muligt at finde internationale retningslinjer for, hvordan man skal møde unge, der har fået konstateret dobbeltdiagnose. Men en amerikanske forskergruppe gennemgik i midten af 00'erne eksisterende forskning på området, "Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A Systematic Review." og præsenterede på den baggrund en række anbefalinger, samlet i "Ten Preliminary Treatment Guidelines for Dually Diagnosed Adolescents" (Bender et al, 2006):

- Tilgangen skal være *flerstrengt* og skal *løbende vurderes og monitoreres* af både professionelle, forældre og den unge selv, for at sikre at behandlingen matcher den unges aktuelle behov (den unges behov kan løbende ændres i behandlingsforløbet).
- Behandlingen skal tilrettelægges, så *engagement og fastholdelse øges*.
- Behandlingsplaner skal være *fleksible* og *give plads til den unges egne valg og stemme*.
- Tilgangen skal være baseret på en *integreret behandling*, der tager udgangspunkt i både den mentale sundhed og de stofrelaterede vanskeligheder på én gang.
- Behandlingen skal være *udviklingsmæssigt og kulturelt sensitiv*, så det matcher den unges unikke behov.
- Behandlingen skal være baseret på en *helhedsorienteret tilgang*, og skal *inddrage alle vigtige personer* omkring den unge, fx familiemedlemmer, venner og lærere m.fl.
- Behandlingen skal tage *udgangspunkt i den unges funktionsniveau* og bidrage til at forbedre den unges evner til at løse problemer, tage beslutninger, regulere affekter, impulskontrol, kommunikationsfærdigheder og relationer til jævnaldrende og familie.
- Behandlingen skal være *målstyret, her-og-nu-fokuseret* og tage *udgangspunkt i ressourcer*.
- Behandlingen kræver *aktiv deltagelse af alle*, der er involveret, og skal omfatte hjemmeopgaver.
- Formålet er at give *bæredygtige forandringer* i løbet af behandlingsforløbet.

Disse forslag til guidelines er slet ikke på samme detaljeringsniveau som de norske og de amerikanske retningslinjer, og er ej heller udarbejdet af myndigheder på social- eller sundhedsområdet. Men de 10 guidelines er alligevel interessante at have med i det videre arbejde, fordi de ser ud til at bygge på noget af det samme ungesyn og behandlingstilgang, som en stor del af den sociale rusmiddelbehandling til unge i Danmark hviler på. (Vind og Finke, 2006).

Særlige retningslinjer målrettet børn og unge mhp. tidlig opsporing

SAMHSA (der som nævnt tidligere er en del af det amerikanske Sundhedsministerium) udgav i 2011 retningslinjer til tidlig opsporing: *Identifying Mental Health and Substance Use Problems of Children and Adolescents* (SAMHSA, 2011).

Indledningsvist slås det fast, at tidlig identifikation af børn (0-12 år) og unge (13-22 år) med begyndende psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer er nødvendig, fordi alt for mange af disse børn og unge enten ikke bliver opdaget og/eller ikke får (den rette) hjælp i tide – og dermed at problemerne risikerer at blive endnu alvorligere og have langvarige konsekvenser.

SAMHSA har på baggrund af viden fra forskning og praksis identificeret 7 særlige steder, hvor der enten befinder sig en stor gruppe af børn og unge, eller hvor der er børn og unge i særlige højrisikogrupper:

- Børn anbragt udenfor hjemmet
- Børn og unge familiecentre, krisecentre og hjemløseherberger
- Unge på sikrede ungdomsinstitutioner og ungdomsfængsel
- Børn og unge i det psykiatriske behandlingssystem og i rusmiddelbehandling
- Børn og unge, der er i kontakt med praktiserende læge
- Børn og unge i skoler og skolefritidsordninger

Retningslinjerne er målrettet fagpersoner, der arbejder med børn og unge, og er designet, så de hurtigt kan få information og konkrete anvisninger på, hvordan de kan identificere børn og unge, der har eller er i risiko for at få psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Dels i form af en række

overordnede anbefalinger, der går på tværs af indsætter, og dels specifikke anbefalinger, målrettet hver af de 7 områder.

Det understreges, at disse retningslinjer alene tjener til at øge opmærksomheden på børn og unge, der er i risiko for at få psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. Målet er, at flere bliver bedre til at identificere de mulige problemer – og dermed at disse børn og unge hurtigere kan blive tilbudt yderligere udredning og relevant hjælp. Og det slås fast, at tidlig identifikation ikke er lig med diagnosticering. (SAMHSA, 2011:22)

I retningslinjerne henvises der i øvrigt til hvilke forhold, man især skal være opmærksom på i hvilke aldersgrupper. Listen er ikke et udtryk for at fx 3-årige børn skal screenes for brug af rusmidler, men er en opstilling af faktorer, der kan være en risikofaktor ift. at udvikle et problematisk brug af rusmidler (SAMHSA, 2011: 28) (Se uddybning i artikel 5: Identificering af børn og unge i risiko for at udvikle psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer af S.Jones & B.Thylstrup).

Retningslinjerne er udarbejdet i en amerikansk kontekst, og kan derfor ikke bare lige overføres til danske forhold, men måske de alligevel kan tjene til inspiration, hvis vi ønsker at øge opmærksomheden på tidlige tegn på børn og unge i risiko for at udvikle dobbeltdiagnoser i en bredere skare af fagpersoner.

Opsamling

I dag findes der i Danmark ikke fælles retningslinjer for, hvordan vi skal møde og arbejde med unge, der rammes samtidigt af psykiske vanskeligheder og misbrug. Der findes danske nationale anbefalinger og retningslinjer for områder, der berører dobbeltproblematikken, men ikke nogen der er direkte rettet mod unge, som er dobbeltdiagnosticeret eller dobbelt belastet. Det er et problem, for de unges problemer vil ofte være yderst komplekse og kræve samarbejde og koordinering mellem mange forskellige fagpersoner, indsatsområder og sektorer.

Det er derfor nødvendigt at få udarbejdet fælles og forpligtende retningslinjer, som går på tværs af indsatsområder, sektorer og faggrupper. Som præsenteret ovenfor findes der inspiration at hente, både i nogle af de danske nationale anbefalinger, om end kun få af dem adresserer dobbeltproblematikken, og i de internationale eksempler.

Helt overordnet anbefales det, at man – ved udarbejdelsen af de kommende danske retningslinjer – tager udgangspunkt i fire overordnede principper for mødet med og hjælpen til de unge:

- Vi skal kunne identificere unges psykiske vanskeligheder og rusmiddelbrug tidligere
- Vores indsætter og tilgange til de unge skal bygge på et særligt ungesyn, der tager udgangspunkt i den særlige livssituation, som den unge befinder sig i qua sin alder, herunder også med opmærksomhed på forældre og nært netværk
- Vi skal tage udgangspunkt i den enkelte ung – og give den unge ret/pligt til at være en del af løsningen
- Vi skal have en fleksibel organisering, der tilgodeser de unges aktuelle behov – og også det faktum at de aktuelle behov kan skifte undervejs.

Der findes i dag fælles retningslinjer for udarbejdelsen af koordinerende indsætsplaner for borgere med svære psykiske lidelser og samtidig misbrug (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014). Evalueringer og erfaringer viser imidlertid, at der er store forskelle på, hvordan forløbskoordinationen praktiseres, og der er kun sparsomme erfaringer med særlig forløbskoordination målrettet

unge med dobbeltdiagnose. Det kunne derfor være interessant med en systematisk afprøvning af forløbskoordination, særligt målrettet unge – og med en systematisk inddragelse af deres nærmeste pårørende (især forældre).

Litteraturliste

- Bender, Kimberly & Davis W. Springer & Johnny S. Kim (2006): *Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A Systematic Review*. Brief Treatment and Crisis Intervention, Volume 6:3, Oxford Journals.
- Helsedirektoratet (2012a): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus og psykisk lidelse – ROP lidelser. S sammensatte tjenester – samtidig behandling (full versjon)* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet (2012b): *10 viktige anbefalinger du bør kjenne til (kort versjon)* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Jones, Sheila (2014): *Risks associated with the co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder and substance use disorder*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2011): *Coexisting severe mental illness and substance misuse: assessment and management in healthcare settings, clinical guideline*.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2016): *Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, NICE-guideline*.
- Pedersen, Mads Uffe, Kirsten Frederiksen og Michael Muldbjerg (2014): *UngMap – En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011): *Identifying Mental Health and Substance Use Problems of Children and Adolescents – a Guide for Child-Serving Organizations*, U.S Department of Health and Human Services.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013): *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42*, U.S Department of Health and Human Services.
- Socialstyrelsen (2012): *Hele vejen rundt – redskaber til arbejdet med unges rusmiddelproblemer*
- Socialstyrelsen (2015): *Vidensportalen: Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug*. <https://vidensportal.dk/voksne/psykiske-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug>
- Socialstyrelsen (2016a): *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*. <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/retningslinjer-for-den-sociale-stofmisbrugsbehandling>
- Socialstyrelsen (2016b): *Psykisk sårbarhed*. <https://socialstyrelsen.dk/unge/psykisk-saarbarhed>
- Socialstyrelsen (2016b): *Unge og Rusmidler*. <https://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler>
- Socialstyrelsen (2017): *Hjemløshed*. <https://socialstyrelsen.dk/unge/hjemloshed>
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. <https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2014/Bedre-indsats-for-personer-med-psykiske-lidelser-og-samtidigt-misbrug/Retningslinjer-for-udarbejdelse-af-koordinerende-indsatsplaner.ashx?la=da&hash=F1B2490EA04C66808996557646213F494CD127E4>
- Sundhedsstyrelsen (2015): *National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknøytning*, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~-/media/A267F05263354D4FA085A12BE3310DCF.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2016): *National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016//-/media/Udgivelser/2016/NKR-alkoholafh%C3%A6ngighed-og-psykisk-lidelse/NKR-alkoholafh%C3%A6ngighed-og-psykisk-lidelse-inkl,-d,-forside.ashx>

- Sundhedsstyrelsen (2017): *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin – Lovkrav og anbefalinger*. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/narkotika/~media/796D337DC66D4F72A8991141B88BD699.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2018a): *Forebyggelsespakke Alkohol*. <https://www.sst.dk/~media/EDC16689EF5E439A9C5A286A42B63E23.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2018b): *Forebyggelsespakke Stoffer*. <https://www.sst.dk/~media/3F9BEDDFCE104F4184594D996DA31BD4.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2018c): *Forebyggelsespakke Mental Sundhed*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx?la=da&hash=1FCEFD423EB5FF97D1A6611C545B10079DBD8F>
- Sundhedsstyrelsen (NKR): *Nationale Kliniske Retningslinjer* (opdateres løbende). <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/NKR-udgivelser-efter-emne>
- Sundhedsstyrelsen (2018d): *NKR: ADHD hos børn og unge*. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/NKR-ADHD-hos-boern-og-unge>
- Sønderby, Lotte (2011): *Dobbeltdiagnose – dobbelt belastning?* Artikel i STOF nr. 17, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Thylstrup, Birgitte (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan gøres*. Kommunernes Landsforening. https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_60775/cf_202/God_social_misbrugsbehandling.PDF/
- Vind, Leif og Katrine Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.



ARTIKEL 10

SCREENING FOR PSYKIATRISKE LIDELSER OG RUSMIDDELPROBLEMER

Af Trine Ry, konsulent

En stor del af de unge, der er i rusmiddelbehandling, har også psykiatriske problemstillinger. Samtidig med, at unge, der har en psykiatrisk diagnose, også er i større risiko for også at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler end unge, der ikke har en diagnose.

Det er derfor relevant, at både rusmiddelbehandlingen og det psykiatriske system kan screene for henholdsvis problematisk forbrug af rusmidler og psykiatriske diagnoser, både ift. den bedste tilrettelæggelse af behandlingen, og ift. at de unge, der udredes, også får den relevante hjælp til deres psykiske problemer og/eller problematiske forbrug.

I rusmiddelbehandlingen er der ikke, ud over de lovgivningsmæssige forpligtelser til indberetninger, udarbejdet standarder for god screening og udredning af de unge.

I psykiatrien er der heller ikke ensartede standarder for, hvordan man screener unge for et problematisk forbrug.

I denne artikel beskrives, hvilke retningslinjer, der findes for screening i stof- og alkoholbehandling. Der vil derudover blive beskrevet to modeller for screening, der i dag benyttes i rusmiddelcentre i helholdvis en lille og en større by.

Overordnede retningslinjer

Retningslinjer Stofmisbrugsbehandling

Socialstyrelsen har udarbejdet nationale retningslinjer for Stofmisbrugsbehandling, "Nationale Retningslinjer for den Sociale Stofmisbrugsbehandling" (Socialstyrelsen, 2016). Målgruppen for retningslinjerne er kommunerne, og formålet er at give kommunerne et fælles grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den sociale stofmisbrugsbehandling, så indsatsen i højere grad bygger på forskning og gode erfaringer fra praksis. De nationale retningslinjer er vejledende og anbefalende.

I retningslinjerne er skrevet følgende om screening og udredning:

"Systematisk screening og udredning: Det anbefales, at borgere, der ønsker behandling for et stofmisbrug, systematisk screenes og udredes for sociale, psykiske og fysiske problemstillinger. Screening og udredning bør udføres og vurderes af fagligt kvalificeret personale, med brug af va-

lidere instrumenter, gennemføres i tæt samarbejde med borgeren, og resultaterne bruges i planlægningen af behandlingen."

Som forslag til værktøjer nævnes EuropASI (European Addiction Severity Index) som generel screening. Og KL's basis-screener nævnes som brugbar for basal screening "*Basis screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen*" (KL, 2012).

Inden for rusmiddelbehandlingen er der derudover ikke retningslinjer for behandlingsarbejdet med borgere med dobbeltdiagnose. Her er det anderledes på alkoholområdet, hvor Sundhedsstyrelsen har udarbejdet mere detaljerede retningslinjer.

Retningslinjer udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykiske lidelse

I forhold til borgere, der er ramt af både alkoholafhængighed og en psykisk lidelse, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet mere detaljerede retningslinjer, "*Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse*" (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Retningslinjerne henvender sig til en bred vifte af professionelle, som beskæftiger sig med alkoholafhængighed og/eller psykisk lidelse, såsom læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, pædagoger mv. Retningslinjerne er relevante for behandlere i det regionale sundhedsvæsen, behandlere i alkoholbehandlingsinstitutioner, privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt alment praktiserende læger mv.

Nedenfor ses retningslinjer til brug for identifikation af psykiske lidelse ift. behandling af alkoholafhængighed:

"Det er god praksis systematisk at identificere psykisk lidelse i forbindelse med udredning og behandling af alkoholafhængighed."

Der beskrives ikke hvilke værktøjer, der skal bruges til screening, men det anbefales, at de værktøjer, der bruges, er validerede.

"Identifikation af psykisk lidelse bør få indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingen og kan eksempelvis resultere i en henvisning til andre samarbejdspartnere, hvis der er behov for det. Som udgangspunkt bør både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse adresseres i det samlede behandlingsforløb. En person bør ikke afvises fra alkoholbehandling, fordi vedkommende også har psykisk lidelse."

Det er altså op til den enkelte kommune at afgøre, om og hvordan en sådan screening og udredning skal finde afsted. Der er stor forskel på det enkelte rusmiddelcenters størrelse og sammensætning af personale – og derfor vil den screening og udredning, der kan finde sted, være afhængig af dette.

Retningslinjerne beskriver desuden identifikation af alkoholafhængighed i forbindelse med behandling af psykiske vanskeligheder:

"Det er god praksis systematisk at identificere alkoholafhængighed ved udredning og behandling af psykisk lidelse."

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes validerede screeningsværktøjer såsom AUDIT:

"Screening er forskellig fra diagnosticering og går forud for denne proces. Screening kan derfor ikke bruges til at stille en diagnose, men har alene til formål at identificere personer, som skal udredes yderligere. Identifikation af alkoholafhængighed bør få indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingen og kan eksempelvis resultere i en henvisning til andre samarbejdspartnere, hvis der er behov for det. Som udgangspunkt bør både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse adresseres i det samlede behandlingsforløb.

En person bør ikke afvises fra behandling af den psykiske lidelse eller få afbrudt denne, fordi vedkommende også har en alkoholafhængighed."

Konkrete modeller

Som beskrevet ovenfor er der rig mulighed for, at kommunerne kan systematisere deres rusmiddelbehandling, så den passer til den lokale kontekst.

Nedenfor er kort beskrevet, hvorledes to kommuner, en større og en mindre, har valgt at organisere deres rusmiddelbehandling, således at de i størst muligt omfang får screenet og udredt de unge på en måde, der er relevant for rusmiddelbehandlingen.

Modellerne er beskrevet på baggrund af interview med medarbejdere på rusmiddelcentre.

Model 1

Fakta: Indbyggertallet i kommunen er under 40.000. Der er ansat 8 medarbejdere på Rusmiddelcenteret, socialt og sundhedsfagligt behandlingspersonale samt en psykolog og en læge. Centeret tilbyder både alkohol- og stofbehandling fra 13 år uden øvre aldersgrænse, herunder substitutionsbehandling.

Rusmiddelcentrets procedure for screening og udredning er som følger:

1. Når en ung indskrives i behandling, optager den unges behandler en social anamnese samt udfylder sammen med den unge UngMap og ved alkoholbehandling NAB
2. Hvis behandleren på den baggrund vurderer, at der er brug for yderligere screening, udfører behandleren en screening med en række spørgsmål. Screeningen er udarbejdet i et samarbejde mellem psykolog og behandler og som et led i at implementere "Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling"
3. Når screeningen er foretaget, gennemgås den unge i det tværfagligteam, og det vurderes, om der er brug for yderligere udredning hos psykolog. Her kan også visiteres til den læge, der er tilknyttet rusmiddelcentret.
4. Behandler og/eller psykologen udarbejder en status, der kan sendes til den unges egen læge, eller som rusmiddelcentrets læge (der også er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri) kan bruge som grundlag for at udarbejde en henvisning til psykiatrien.
5. Hver 3. uge afholdes møde mellem overlæge i lokalpsykiatri, rusmiddelcentrets læge og en behandler. Til dette møde drøftes unge, der allerede er tilknyttet lokalpsykiatri, samt unge som rusmiddelcentret har henvist til lokalpsykiatri. Det gælder både unge under og over 18 år.

Behandlerne samarbejder ofte med de unges egen læge om henvisning til psykiatrien, men de oplever at det ofte går hurtigere og mere smidigt, når det er rusmiddelcentrets læge, der henviser. Behandlerne oplever, at deres systematiske tilgang og fagligt underbyggede screening hjælper

dem til at beskrive og underbygge deres faglige vurderinger, så deres anbefalinger i højere omfang bliver modtaget positivt hos egen læge og i psykiatrien.

Mødet med læge fra rusmiddelcenter og læge i lokalpsykiatri øger det fælles samarbejde og ansvar i forhold til at give den relevante hjælp til de unge. Lokalpsykiatrien har unge indskrevet, der har et yderst problematisk forbrug af rusmidler, og her er der en meget tæt dialog mellem psykiatri og rusmiddelcenter.

Lokalpsykiatrien vil gerne have, at de unge er rusmiddelfri, når de unge skal udredes, men rusmiddelcentret oplever, at dialogen mellem rusmiddelcentrets læge og overlægen i lokalpsykiatri betyder, at lokalpsykiatri nogle gange udreder de unge, selvom de har et problematisk brug af rusmidler.

Ifølge kommunen virker modellen rigtigt godt, fordi de arbejder systematisk med at screene de unge, fordi de 3 faggrupper (behandler, psykolog og læge) arbejder tæt sammen, og fordi – mest af alt – at der er et formaliseret samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelcenter.

Model 2

Fakta: Indbyggertallet i kommunen er over 200.000. Der er ansat 20 medarbejdere på Rusmiddelcenteret, socialt og sundhedsfagligt behandlingspersonale samt psykolog og en læge. Centret tilbyder stofbehandling til unge op til 24 år.

Rusmiddelcentrets procedure for screening og udredning af unge fra 18 år er som følger:

1. Alle unge over 18 år udfylder i samarbejde med behandler ASI ved indskrivning.
2. De unge, der har en score på mere end 0,2 inden for det psykiske område, og som ikke tidligere er udredt, henvises til psykolog i centeret til yderligere udredning
3. Psykolog udfører 2 timers screening. Screeningen består af en kombination af klinisk interview og diverse validerede tests.
4. På baggrund af test og samtale gives en tilbagemelding til den unge og behandler. Psykolog udarbejder i alle tilfælde et journalnotat med et omfang på ca. 5 A4-sider. Journalnotatet er således ikke så omfattende som en egentlig udredning
5. Screeningsresultat bruges i planlægningen af behandlingen, og psykologen kan desuden anbefale, at den unge udredes i psykiatrien.
6. De unge opfordres til, når de er stoffri at kontakte egen læge for en henvisning til psykiatrien og i nogle situationer inddrages rusmiddelcentrets afdelingslæge, der også kan henviser. En tommelfingerregel er, at henvisningen skal udarbejdes, når den unge har været stoffri i 6 uger, idet erfaringen er, at der går 6 uger, inden de får en tid, og det giver 3 måneders stoffrihed, som psykiatrien kræver.

Kommunen anbefaler de unge ikke at henvende sig til psykiatrien, før de er stoffrie, idet det er deres erfaring, at de unge vil blive afvist.

Der er etableret et rigtigt godt samarbejde med psykiatrien, hvor unge der er tilknyttet psykiatrien tilbydes anonyme samtaler med medarbejdere fra rusmiddelcentret. Det har dog ikke ændret ved den kerneproblematik, at psykiatrien ikke vil udrede de unge, så længe de unge har et problematisk brug af rusmidler.

Rusmiddelcenteret sørger altid for, at den unge henvender sig i psykiatrien ved akutte symptomer så som psykose eller alvorlige selvmordstanker.

Ifølge kommunen sikrer modellen nogle relativt objektive kriterier for screening. Kriterierne resulterer i en grundig systematik i den daglige drift. Modellen sikrer desuden, at de informationer, som screeningen giver anledning til, bliver brugt i behandlingen.

Afrunding

Der er rundt omkring i landet mange måder at systematisere rusmiddelbehandlingen og organisere samarbejdet med psykiatrien.

Det er i dag op til den enkelte kommune at tilrettelægge hvorledes unge, der skal i rusmiddelbehandling screenes for psykiatriske lidelser, ligesom kommunen og psykiatrien skal aftale, hvordan de kan samarbejde omkring de unge.

For at de unge kan få den relevante hjælp, er det essentielt, at kommuner og psykiatri tager ansvar for dette, og at hver især får systematiseret deres screening og organiseret deres samarbejde. Der er heldigvis mange gode eksempler at lade sig inspirere af.

Litteraturliste

KL, Kommunernes Landsforening (2012): *Basis screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen*. KL.

Socialstyrelsen (2016): *Nationale Retningslinjer for den Sociale Stofmisbrugsbehandling*, Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2016): *Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse*, Sundhedsstyrelsen.



ARTIKEL 11

UDREDNING AF UNGE MED DOBBELT-PROBLEMATIKKER

Af Heidi Gøtze, afdelingsleder KABS Stjernevang, Danny Reving, ledende overlæge KABS, C. Silas Houlberg, Psykolog og behandlingskoordinator Novavi Stofrådgivningen; Jonatan Hannibal, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og overlæge Novavi Stofrådgivningen. Redigeret af Trine Ry, konsulent

Der er stor uenighed blandt fagpersoner i psykiatrien om, hvorvidt man kan udrede og behandle unge for psykiske lidelser, mens de har et aktivt brug af rusmidler. Der er imidlertid to rusmiddel-behandlingsinstitutioner, der har gjort det til deres speciale at udrede og behandle unge, der har et misbrug og som samtidigt har en psykisk lidelse. I det nedenstående vil der blive redegjort for, hvordan dette arbejde er organiseret, og hvilket behandlingssyn deres indsatser bygger på.

To konkrete eksempler på udredninger af unge

Om KABS Stjernevang og Novavi Stofrådgivningen

KABS Stjernevang er en del af KABS, der er en institution under Glostrup kommune, der tilbyder ambulans alkohol- og stofbehandling. KABS Stjernevang er specialiseret i at arbejde med borgere, der både har en rusmiddelproblematik og en psykiatrisk problemstilling.

Novavi Stofrådgivningen er en del af den erhvervsdrivende fond Novavi. Novavi Stofrådgivningen tilbyder ambulans alkohol og stofbehandling til unge op til 30 år. Novavi Stofrådgivningen er specialiseret i at arbejde med unge med dobbeltdiagnoser.

Både KABS Stjernevang og Novavi Stofrådgivningen er primært finansieret ved at kommuner og private køber behandlingsforløb.

KABS Stjernevang og Novavi Stofrådgivningen er to eksempler på institutioner (og muligvis de eneste i Danmark), der har specialiseret sig i at behandle både den psykiatriske problemstilling og rusmiddelproblemet inden for samme organisation (kaldet 'integreret behandling'). Begge organisationer har en tværfaglig medarbejdergruppe med blandt andet pædagoger, socialrådgivere, psykologer og speciallæger i psykiatri

Begge organisationer udreder og medicinerer unge, der er i misbrug.

Begrundelse for udredning

Når en ung selv udtrykker behov for hjælp til sine udfordringer i forbindelse med behandling af dobbelt-belastninger, tages udgangspunkt i et helhedssyn, hvor brugen af rusmidler tænkes ind som katalysator for og/eller løsning på de problematikker den unge beskriver at have i sit liv.

Ved at lave en grundig udredning af den unge, både misbrugsmæssigt, socialt, somatisk og psykiatrisk, får man et kvalificeret input til at udarbejde en tværfaglig behandlingsplan, så den unge kan tilbydes relevant evidensbaseret misbrugsbehandling på højt fagligt niveau.

Målgruppen for udredningen

Udredningen er først og fremmest til gavn for den unge i forhold til afklaring af problematikker/diagnoser og måder at behandle/støtte den unge fremover. Dette være sig i uddannelse/arbejde, socialt og hjemme samt i de evt. professionelle rammer som bl.a. terapi, medicin, psykoedukation og forældresamtaler.

Udredningen er derudover relevant og ofte nødvendig for den unges behandling. Udredningen giver et overblik over den unges problematikker/diagnoser og et kvalificeret redskab til at udarbejde en tværfaglig plan for behandlingen og evt. anden støtte i den unges liv.

Udredningen kan også afsluttes uden fund af egentlige diagnoser. I de tilfælde er udredningen og anbefalingen også med til at beskrive og pege på behandlings- og uddannelsesmuligheder på grundlag af de udfordringer, der måtte være.

Udredningen kan også bruges af andre i den unges netværk, både i familien og i det professionelle netværk.

Den kommunale myndighedssagsbehandleren føler sig ofte rigtigt godt hjulpet af en samlet og grundig beskrivelse af den unge, så denne lettere kan støtte op om de rigtige behandlingstilbud, uddannelse, arbejde, m.m. I nogle tilfælde er det unge, de har kendt i længere tid, men der har manglet en samlet beskrivelse og anbefalinger udarbejdet på baggrund af en detaljeret psykiatrisk-psykologisk udredning lavet sammen med den unge.

Forældrene inddrages naturligt for de unge under 18 år og inviteres i langt de fleste tilfælde til samtale om den unges opvækst. Er den unge over 18 år kan han/ hun selv vælge, om forældrene skal inviteres. Ofte inviteres forældrene eller en forælder. De er tit ivrige for at få en bedre forståelse for deres barn og få hjælp til at støtte vedkommende i forhold til behandling, uddannelse/job m.m.

Udredningen kan desuden være yderst relevant for kontaktpersoner, skoler, arbejdspladser, venner, kærester, jobcentre, psykologer, psykiatere i andet regi, m.m. der via udredningen kan få større viden om, hvordan de støtter den unge bedst muligt, samt give den unge en bedre selvforståelse.

Grundlag/fundament

Unge, der er dobbeltbelastede, har brug for at få adresseret deres problematikker af et tværfagligt behandlingsteam, der har en indgående viden om både den psykiske lidelse, misbruget og den fase i livet, de er i.

Som nævnt tages udgangspunkt i et helhedssyn, hvor brugen af rusmidler tænkes ind som katalysator for og/eller løsning på de problematikker, den unge beskriver at have i sit liv. Ligeledes opfattes den unge altid som motiveret for noget i tilværelsen. Det er dog ikke altid motivationen handler om at ændre rusmiddeladfærd; den motivation opstår dog gerne over tid.

Relationen mellem den unge og behandlerne er vigtig, og den bygger på en mentaliserende tilgang med fokus på trygge og fleksible rammer, hvor den unge mødes med respekt for deres person og deres liv.

De unge har i mange tilfælde mødt en del professionelle i deres liv og ikke altid med gode erfaringer til følge. Det kan skyldes mange forskellige faktorer, men ofte har der ikke været tilstrækkelig tid eller mødet med især psykologer og psykiatere er af den unge blevet opfattet som værende uden indlevende indsats fra den professionelle. I udviklings- og tilknytningspsykologien omtales "sikre base", som grundlæggende for barnets "sunde" udvikling. Da en stor del af de unge netop ikke har haft "den sikre base", har de ofte svært ved nye mennesker, ikke mindst voksne. Vi kan ikke erstatte den "sikre base", der ikke var/er der, men vi kan møde dem med nogle af de kvaliteter, der er i "den sikre base".

Samarbejdet med den unge

Et godt udrednings- og behandlingsforløb er et forløb, hvor den unge har følt sig mødt, forstået og ikke mindst respekteret. Det er et forløb, hvor den unge oplever, at den professionelle er på samme side som ham/hende, og at udredningen opleves hjælpsom både nu og her, men også i forhold til fremtiden.

I forhold til misbruget, er det optimalt, hvis den unge er stoffri. Det er også godt hvis samarbejdet har gjort, at den unge har fået fat i "sin egen motivation" for at skære ned eller stoppe helt.

Den unge mødes med en mentaliserende og relationsopbyggende tilgang og der skal være tid til være lyttende og indlevende i forhold til den unges selvfortælling. I samtalerne er det vigtigt at være oprigtigt nysgerrig på den unges liv, tanker og interesser. Respekt for deres livsverden kan bl.a. vises ved at lytte til deres musik, se YouTube videoer med mestre på skateboard osv.

Den unge har ofte en skepsis og bekymring om at skulle indgå i et udredningsforløb, dette kan bl.a. være grundet erfaring fra tidligere forsøg på udredning eller en generel skepsis i forhold til diagnoser og medicin. Det er vigtigt, at den unge har en fornemmelse for, hvad hensigten med udredningen er og at den unge ved at målet er at belyse den unges problemstilling igennem en erklæring med grundige anbefalinger i forhold til at hjælpe den unge videre på den mest hensigtsmæssige måde og på en måde den unge selv bifalder.

Den unge "skal ikke afsløres", men i stedet hjælpes til at få nok selvværd til at have lyst til at præsentere sig selv.

Stof- og psykoedukation er en naturlig del af forløbet. Når der er opbygget tillid mellem den professionelle og den unge efterspørger den unge ofte konkret viden om såvel diagnoser og stofbrug. Den viden kan bruges til selvforståelse, men også til at opnå mere forståelse fra familie og andet netværk. Psykoedukationen kan også være meget hjælpsom i forhold til opstart eller fastholdelse på uddannelse/arbejde.

Det er almindeligt kendt, at unge med misbrugs- og psykosociale vanskeligheder har svært ved at møde til alle samtaler. Dette på trods af sms-påmindelser og hvor det er muligt følgeskab af kontaktperson eller en udgående pædagogisk misbrugsbehandler. Det må forventes, at den unge kan udeblive og da grundighed i såvel anamnese som det øvrige arbejde er nødvendigt, må her forventes ekstra tid.

Samarbejdet med forældrene

Forældre til de unge inddrages mest muligt, under hensyntagen til den unges ønsker under og efter udredningen.

Er den unge under 18 kan og skal forældrene involveres. Da der i nogle tilfælde er konflikter mellem den unge og forældrene, foreslås forældrene til unge under 18 år, at de i starten af forløbet ikke er alt for aktive, men lader deres unge få et tillidsfuldt forhold til os først.

Det er som oftest relevant at forældre er med til tilbagemeldingen på udredningen, da det i mange tilfælde er dem, der skal støtte op om, hvad der efterfølgende skal ske, og fordi de så kan støtte deres barn følelsesmæssigt i at forstå en eventuel diagnose.

I en del tilfælde inddrages forældrene også senere i forløbet, især når den unge har fået det bedre, og er blevet stoffri, eller har reduceret deres stofforbrug. Det er også muligt for forældrene at modtage samtaler hos en behandler, der ikke kender den unge.

I Novavi Stofrådgivningen tilbydes forældre at deltage i en forældregruppe. Da forældrene ofte er bekymrede, kede af det, vrede, opgivende osv. i forhold til den unges forbrug og deraf følgende adfærd, kan der også være brug for at dele det med andre forældre i en forældregruppe.

Samarbejdet omkring den unge

Som regel iværksættes en udredning efter ønske fra en kommune, hvorfor sagsbehandleren er en naturlig samarbejdspartner under hele forløbet. Vedkommende orienteres under forløbet om fremmøde og andet relevant. Det er forskelligt hvor aktiv en rolle, som den enkelte sagsbehandler ønsker i forløbet.

Når udredningen er afsluttet, indkaldes til tilbagemødemøde med deltagelse af den unges netværk, inklusive sagsbehandleren, der har en særlig vigtig rolle, ift. hvad der fremtidigt skal ske behandlingsmæssigt, uddannelsesmæssigt m.m.

Det er ofte relevant at indhente akter fra tidligere behandlings- og udredningsforløb. Hvis den unge har kontaktperson og/eller bor på opholdssted, bosted eller lign., inddrages de bl.a. til at bakke op om, dels at den unge møder op, og dels være der til at snakke med den unge om de følelsesmæssige ting, der opstår igennem samtalerne og ikke mindst til at støtte den unge efter udredningen.

Særlige problemstillinger

De unges stofbrug hænger ofte snævert sammen med deres psykiske problematik, hvilket kræver, at der arbejdes med begge problematikker samtidigt. Da behandlingen foregår integreret i udredningen, støttes den unge i at reducere eller ophøre forbruget undervejs. I nogle tilfælde får de unge abstinensdæmpende medicin undervejs og evt. medicinsk hjælp fx til bedre at kunne falde til ro.

I nogle få tilfælde er den unge så svært påvirket af rusmidler, at vedkommende dels har svært ved at møde, og dels er for påvirket til at kunne testes relevant. Som minimum kræver kognitiv testning, at den unge er helt afholdende på dagen og har sovet om natten. Psykologen vurderer i de enkelte tilfælde, hvad der er muligt og tager selvfølgelig forbehold i erklæringen for evt. stofbrug.

Manglende fremmøde er naturligvis en udfordring, som der arbejdes systematisk med at undgå. Det er dog sådan, at det i nogle enkelte tilfælde ikke lykkes at færdiggøre udredningen pga. dette.

KABS Stjernevang og Novavi Stofrådgivningen – to modeller for udredning

Nedenfor gennemgås henholdsvis Stjernevangs og Stofrådgivningens model for udredning.

Udredning KABS Stjernevang

Metoder

En god udredning skal indeholde følgende elementer:

- Socialfaglig udredning
- Psykiatrisk udredning
- Psykologisk screening
- Sundhedssamtale
- UngMap (under 18 år)
- ASI (over 18 år)
- Motiverende samtale
- Evt. psykologisk testning

Desuden skal en god udredning tage udgangspunkt i en god relation imellem den unge og behandlerne i teamet. Samtalerne kan foregå både i hjemmet, på gåture eller et sted, der for den unge er trygt, for derved at sikre sig at den unge får plads, tid og rum til at tale om alle facetter af problemerne og sætte en ramme for nogle gode samtaler om ønsker og håb for fremtiden.

De enkelte punkter uddybes herunder:

Socialfaglig udredning

Formålet med den socialfaglige udredning er at få belyst de ressourcer og barrierer, der er i den unges liv, og hvordan dette påvirker den unges brug af rusmidler. Det undersøges ligeledes, hvilke relevante samarbejdspartnere/familie, der er knyttet til den unge, og det undersøges, hvordan og om disse kan inddrages i behandlingen. Ydermere informeres den unge om afdelingen, behandlingen og de retsmæssige forpligtelser, afdelingen har.

Psykiatrisk udredning

Formålet med den psykiatriske behandling er at udrede, diagnosticere, forebygge og behandle somatiske og psykiatriske problemer i forbindelse med misbrug og risikoadfærd, samt at kunne tilbyde den nødvendige psykiatriske behandling på et højt specialiseret niveau. Undersøgelse og diagnostik tilpasses og opdateres svarende til gældende retningslinjer for de psykiatriske lægelige specialer. Behandlingen skal psykofarmakologisk og psykoterapeutisk være i overensstemmelse med god national og international standard og i størst mulig udstrækning være evidensbaseret.

Psykologisk screening

Den psykologiske screening består af en times samtale med fokus på en udredning af borgerens livsforløb og aktuelle psykologiske udfordringer med henblik på en anamnestic perspektivering af stofmisbrugets psykologiske funktioner hos den unge. Livsforløbet afdækkes i dimensionerne af opvækst, skole, familie med psykosociale og relationelle belastningsfaktorer og ressourcer, mulige genetiske dispositioner samt psykologiske reaktioner (især tanke og handlemønstre), herunder misbrugsmønstre. Der tages i forbindelse med samtalen stilling til, om det er fagligt relevant at tilbyde den unge terapeutisk behandling og hvad de psykoterapeutiske mål evt. kunne være. Tilsvarende får den unge mulighed for at tage stilling til sin motivation for psykoterapeutisk be-

handling evt. hos teamets psykolog eller ved andre terapeuter i behandlingen. I den psykologiske udredning tages der udgangspunkt i en kognitiv referenceramme.

Sundhedssamtale

Formålet med sundhedssamtalen er at motivere og støtte den unge til at tage størst muligt ansvar for styrkelse af egen sundhed, fysisk, psykisk og socialt. Målet med sundhedssamtalen er, at den unge får kendskab til de forskellige stoffers indvirkning på det fysiske og psykiske helbred, at minimere den unges risikoadfærd i forhold til rusmidler, seksuelt overførte sygdomme, hepatitis og HIV samt i forhold til graviditet. Ydermere er det relevant, at den unge bliver bekendt med, hvordan hans/hendes egen psykiske skrøbelighed indvirker på hans/hendes liv både fysisk, psykisk og socialt, at den unge bliver opmærksom på egne fysiske og psykiske problemer og bliver støttet i, hvordan de skal håndteres.

UngMap

Ved hjælp af et interview besvarer den unge et skema, der belyser en række overordnede faktorer med betydning for unges forbrug af rusmidler. Det drejer sig om individuelle faktorer (fx konflikt- og opmærksomhedsproblemer, depression og ensomhed, selvmordsforsøg, hyperaktivitet, lægebesøg, fysisk sundhed m.v.), sociale relationer, bolig og samlivsforhold, skole, arbejde og fritidsaktiviteter samt stressfyldte eller traumerelaterede oplevelser (fx mobning, dødsfald, skilsmisse, omsorgssvigt, seksuel misbrug m.v.). Svarkategorier og vurderingsskalaer varierer fra spørgsmål til spørgsmål.

Skemaerne udfyldes af en behandler i en samtale med den unge. Det centrale er, at den unge får feedback på sine besvarelser i skemaet, så det tydeliggøres, at resultaterne bruges direkte i behandlingsplanlægning og i formuleringen af målene for indsatsen.

ASI

I dette interview besvarer den unge Addiction Severity Index-spørgeskemaet og scorerne for de forskellige områder udregnes. Formålet med dette er at sikre, at alle områder af den unges liv er belyst, og at der ikke er skjulte problematikker, der kan agere som barrierer for behandlingen. Desuden giver ASI-interviewet et billede af den unges belastningsgrad på forskellige områder af den unges liv.

Også her er det centrale, at den unge får feedback på sine besvarelser i skemaet og resultaterne bruges direkte i behandlingsplanlægning og i formuleringen af målene for indsatsen.

Motiverende samtaler

I det motiverende forløb udredes den unges bevæggrunde for at ville skabe forandring i sit liv. Disse bevæggrunde bliver herpå aktiveret i henhold til at støtte op om behandlingen. Ydermere klargøres ambivalensen, der ofte er katalysator for modstand. Målet med de individuelle motiverende samtaler er at styrke den unges motivation for behandlingen og for at skabe en forandring. Dette indvirker på, at den unges risiko for at afbryde behandlingen før tid minimeres. Arbejdet i de motiverende samtaler giver ligeledes udbytte i resten af behandlingen, da det skaber en god relation til afdelingen. Metodisk tages der udgangspunkt i Motivational Interviewing i forløbet.

Psykologisk testning

I enkelte tilfælde vurderes det, at der er behov for yderligere psykologisk testning, hvilket besluttet på den tværfaglige behandlingskonference.

Det overordnede sigte med psykologisk testning er at give den unge en systematiseret, standardi-

seret og evidensbaseret observations-og undersøgelsesmetode for at opnå oplysninger om begavelsesforhold og personlighed, der er svære at tilvejebringe på anden vis. Hensigten er dels at gavne den diagnostiske afklaring, dels at vurdere mulighederne for behandling og rehabilitering i den enkelte sag. Altså tilbydes et redskab, der kan være vejledende for videre planlægning i forbindelse med uddannelse, arbejde, behandling og eventuelle støtteforanstaltninger. Centrale tests vil være WAIS IV, Sætningsfuldendelse, Rorschach (Exner) og MCMI. Man vil i praksis veksle mellem disse tests, afhængig af problemstillingen, ligesom der kan blive tale om supplerende special prøver.

Struktur/rammer

Udredningen i Stjernevang er integreret forstået på den måde, at behandlingen både spænder over den evt. psykiatriske lidelse og misbruget. Teamorganiseringen og det tværfaglige samarbejde er de vigtigste elementer i tilrettelæggelsen og koordinationen af behandlingstilbuddet til den unge. Den unge bliver ved indskrivning i behandling og altså ved udredningens start, tilknyttet et tværfagligt team. Formålet med teamorganiseringen er at samle medarbejdernes individuelle kvaliteter til kollektive kvalifikationer, færdigheder, kompetencer og energier, så de sammen kan optimere deres performance og resultater og nå fælles mål, til gavn for den unges behandling. Teamet har et fælles ansvar for at facilitere behandlingen og behandlingstilbuddene til den unge ved at tage udgangspunkt i den enkelte unge og ungegruppen som helhed.

Den behandlingsmæssige referenceramme er kognitiv terapi, men også andre tilgange bruges hvis det skønnes nødvendigt i de individuelle tilrettelagte behandlingstilbud. Teamet fordeler opgaverne i behandlingsarbejdet mellem sig i forhold til kompetencer og øvrige faktorer.

I Stjernevang tager en udredning 4 uger fra den dag man bliver indskrevet. Allerede på 21.dagen skal der forelægges en samlet udredning, der er klar til afsendelse til den betalende kommune. Herefter udarbejdes en plan for behandlingen i samarbejde med den unge og evt. forældre hvis den unge er under 18 år.

I Stjernevang er der tværfaglige behandlingskonferencer i de enkelte behandlerteams hver uge, og her fremlægges de forskellige dele af udredningen for at skabe et samlet billede af den unges liv, som det ser ud lige nu og her.

Der vil være en tovholder i teamet i udredningsprocessen, som sørger for at huske den unge på tider og aftaler via sms og lign., og som er tovholder for det professionelle netværk og familien omkring den unge.

Ofte må udredningen strække sig ud over de 4 uger og derved kommer nogle af samtalerne i udredningen til at ligge efter de 4 uger og fremadrettet i behandlingsperioden de næste 2 til 3 måneder.

Udredning Novavi Stofrådgivningen

Metode

En fuld udredning forgår over 4 måneder. Dette grundet nødvendigheden af et grundigt relationsarbejde, som beskrevet ovenfor under samarbejde med den unge. I et udredningsforløb i Novavi Stofrådgivningen ydes 5-6 samtaler ved psykiater og 12 samtaler med psykolog, herunder test, men også behandlingssamtaler. Der er indregnet en forældre-pårørende samtale (optag af anamnese). En god udredning skal indeholde en grundig anamnese, meget gerne med bidrag fra forældre, da de ofte husker bedre end den unge omkring den tidlige barndom. Der tages udgangspunkt i en børne -/ ungdoms psykiatrisk anamneseoptagelse for alle unge mellem 15 og 30 år.

Da Stofrådgivningen også udreder og diagnosticerer unge, der er rusmiddelbrugende under udredningen, er det endnu en grund til at være grundige med beskrivelsen af tiden før rusmidlerne. Denne baggrund er særdeles vigtig i forhold til undersøgelse af autisme eller ADHD, da disse diagnoser ikke kan stilles uden den viden. I starten af hver udredning aftaler psykolog og psykiater, hvordan anamneseoptagelse og forældresamtaler fordeles.

Psykiateren laver en fysisk/neurologisk undersøgelse (af hvad der er muligt indenfor disse rammer) og en beskrivelse af eventuelt fysiske problematikker. De efterfølgende samtaler bygger på klinisk interview og vurdering samt psykopatologisk screening med PSE (Present State Examination). I nogle tilfælde inddrages andre test og screeningsredskaber (ADOS, SCQ, SCID, m.m.). Da forløbet er mellem 2 og 4 måneder, giver det også mulighed for medicinsk støtte fx til at reducere eller stoppe med aktuelt rusmiddelforbrug og/ eller medicinsk hjælp til at kunne reducere tanke-mylder, sove og falde til ro.

Psykologen skal i perioden gennemføre en kognitiv undersøgelse (Med Wais eller Wisc, Brief, T.O.V.A. og evt. supplerende test) med personlighedstest (afhængig af alder) og naturligvis et grundigt klinisk psykologisk interview. Disse test beskrives og tilbagemeldes. De indgår naturligvis i den samlede erklæring, og der beskrives om den unge har et pågående forbrug af rusmidler og i hvilket omfang.

I forløbet over 4 måneder er også en behandlingsdel, hvilket er samtaler baseret på et individuelt skøn og den unges ønske. Det kan være konkrete emner som reduktion af hash, angst for at køre med offentlige transportmidler, vredeshåndtering mv. Det kan også være familie- og/eller relations problematikker, lavt selvværd, negative tanker, hvordan håndterer jeg min angst uden brug af rusmidler osv.

Psykologerne vælger metode ud fra den unges problematik: kognitive metoder er relevante til især konkrete problematikker, mens mere dynamisk tænkning på et eksistentielt grundlag kan være hensigtsmæssigt til nogle relationsudfordringer. Behandlingen tilrettelægges også efter kognitivt niveau og den unges evne til mentalisering og refleksion. Grundlaget er altid en humanistisk og mentaliserende tilgang.

De unge, der starter i udredningsforløb, kan godt være aktive i deres rusmiddelbrug, hvilket kan gøre, at der er brug for ekstra tid, hvis fx den unge møder op til kognitiv test og har røget hash samme dag. Testen udskydes da, til den unge kan møde uden at have røget samme dag, og tiden bruges til samtale.

Kontaktpersoner, udgående misbrugskonsulenter, pædagog bidrager med information om den unges ageren ude i verden og i relation til vedkommende. Derudover bidrages med følgeskab til og fra samtalerne med psykolog / psykiater, hvis der er behov for det.

Sagskoordinator/socialrådgiver koordinerer forløbet i forhold til alle involverede. Dvs. tider til den unge, tilbagemeldingsmøde, kontakt til kommunens sagsbehandler osv.

Struktur/rammer

Sagskoordinatoren sørger for at de ydre rammer holdes, hun sørger for kommunen, forældre og eller kontaktperson kontaktes, hvis den unge ikke møder op. Der kan aftales forlængelse af udredningstiden, hvis den unge har svært ved at møde, bliver syg eller andet. Erklæringen er som skabelon den samme fra gang til gang, og der er en tidsfrist for den. Psykiater og psykolog udfylder forskellige afsnit i erklæringen.

I Stofrådgivningen er der ugentligt en konference, hvor psykiatere og psykologer deltager. Alle ansatte i Stofrådgivningen kan deltage og bidrage med viden om den unge. Når udredningen er ved at skulle afsluttes, fremlægges test og det øvrige indhentede materiale på konferencen, hvor diagnose drøftes.

Det kan forekomme, at der ikke er grundlag for en egentlig diagnose, men der vil stadigvæk være anbefalinger, der er grundige i forhold til den unges fortsatte behandling, uddannelse/ arbejde og evt. pædagogisk støtte.

Herefter får den unge tilbagemelding på test af psykologen, og på evt. diagnose og hvad der i øvrigt er fundet ud af vedr. det psykiske og evt. somatiske af psykiateren. Den unge er selvfølgelig velkommen til at tage forældre, kontaktpersoner eller andre med til tilbagemeldingen. Den unge får nu mulighed for at gennemlæse erklæringen og evt. komme med bemærkninger. Herefter sendes den til relevante sagsbehandlere, og der aftales tilbagemeldingsmøde med deltagelse af sagsbehandler og hvem der ellers måtte være relevant omkring den unge. Ved tilbagemeldingsmødet aftales, hvilken støtte/ behandling den unge skal have fremadrettet. Ved privatbetalere er proceduren lidt anderledes.

I forløbet kan der selvfølgelig opstå negative følelser og frustration for begge parter både hos den unge og hos den professionelle. Derfor er tilgang til supervision og kollegial sparring særdeles vigtig for alle professionelt involverede.

Afrunding

Intentionen med denne artikel er at vise hvordan det er muligt at udrede og behandle unge, der både har et misbrug og en psykiatrisk lidelse. Det er vores håb, at de to modeller kan tjene som inspiration til, hvorledes andre institutioner kan udvikle modeller til udredning og behandling, og begge institutioner står gerne til rådighed i den forbindelse.



ARTIKEL 12

KOORDINERENDE INDSATSPLANER OG FORLØBSKOORDINATION

Af Peter Jensen, chefkonsulent i SPUK, og Vibeke Roer Hillerup, forløbskoordinator i Børne- og ungdomspsykiatrien Sydjylland

Mennesker med samtidig psykiatrisk lidelse og problematisk forbrug af rusmidler er ofte også belastet af komplekse sociale problemer. Det betyder, at de samtidig med at være i kontakt til psykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling, også ofte er i kontakt med det kommunale myndighedsafsnit og de relevante udfører på det område, der netop er relevant for dem (hjemløshed, arbejdsløshed som følge af nedsat erhvervssevne, drop ud af uddannelse m.v.). Det betyder, at der er mange kommunale og regionale indsatser i gang samtidigt, hvilket skaber et behov for koordinering af indsatser og indsatsernes handle- og behandlingsplaner. For at styrke denne koordinerede indsats har Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i 2014 udgivet *'Retningslinjer for koordinerede indsatsplaner'*, der præciserer, hvem der er målgruppen for indsatsplanerne, hvad der er formålet med dem, og hvad der er målet for borgeren. Det er præciseret, at borgeren skal give sit samtykke til, at der skal arbejdes med en koordineret indsatsplan, og det fremgår flere steder i retningslinjerne, at borgerens ønsker til indsatsplanens indhold skal prioriteres.

Målgruppen

Det slås fast i retningslinjerne, at målgruppen for udarbejdelse af individuelle koordinerede indsatsplaner er voksne (over 18 år): *"med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulantly i psykiatrien og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger."* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 5.) Det præciseres i retningslinjerne, at der:

- Ved ambulantly behandling i psykiatrien forstås borgere, der er i ambulantly psykiatrisk behandling i sygehuspsykiatrien, lokalpsykiatrien eller distriktspsykiatrien, og de psykiske lidelser kan fx være skizofreni, angst, udviklingsforstyrrelser, affektive lidelser mv.
- Ved komplekse sociale problemstillinger forstås: *"forhold, som er kendetegnet ved, at en person er, eller er i fare for at blive marginaliseret. Konkrete sociale problemer omfatter blandt andet: Kriminalitet, prostitution, udadreagerende adfærd, indadreagerende adfærd, seksuelt krænkende adfærd, omsorgssvigt, social isolation, selvskadende adfærd, selvmordstanker og -forsøg, overgreb, misbrug og hjemløshed"* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 5ff).

Der er således tale om en indsats, som skal støtte de unge over 18 år. Disse unge har en eller flere psykiatriske diagnoser, de har eller har haft et problematisk forbrug af rusmidler, og for de fleste har de haft eller har komplekse sociale problemstillinger, der også har givet dem vanskeligheder i forhold til deres skolegang, boligsituation m.v. For en del af de unge i Ungepanelet og unge til for-

ældre i Forældrepanelet har der imidlertid også været aktuelle koordinationsproblemer, inden de unge blev 18 år, men disse unge er ikke omfattet af retningslinjerne for de koordinerede indsatsplaner, medmindre region og kommuner har indgået særlige aftaler om dette.

Formål og mål for koordinerende indsatsplaner

De mange professionelle (og ofte også private) aktører i de unges liv skaber behovet for koordination, og formålet er derfor også "at skabe overblik over de indsatser, som borgeren modtager, og dermed være en samlende plan for koordination af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 10). På baggrund heraf foretager de inddragede parter en fælles prioritering af, hvilke indsatser der skal iværksættes, og i hvilken rækkefølge de skal tilbydes. Indholdet af den koordinerede indsatsplan skal afstemmes i forhold til borgerens ønsker og prioriteringer og målet for indsatsplanerne er at skabe en bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 4).

Hvad ved vi om implementering og eventuelle effekter af de koordinerende indsatsplaner?

KORA (nu VIVE) har i 2017 gennemført en mindre evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune (Buch og Petersen, 2017): ". Det fremgår af evalueringen, at de koordinerende møder, når det har virket optimalt, har medvirket til, at:

- Styrke relationerne mellem de involverede fagpersoner og bidrage med overblik og fælles forståelse for borgerens forløb.
- Give bedre mulighed for at tænke langsigtet end almindelige netværksmøder.
- Understøtte fremdriften i borgerens forløb. Bl.a. fordi referatet og den bredere deltagerkreds giver et bedre beslutningsgrundlag for de myndighedsfunktioner, der skal tage stilling til, hvilke tilbud borgeren skal visiteres til.

Samtidig peger evalueringen på, der er en række udfordringer i praksis, hvis de koordinerede indsatsplaner skal virke efter formålet. Disse har været:

- Hvem tager initiativ til at oprette en plan – og er det at tage initiativ det samme som at tage ansvaret for planen?
- Hvornår involveres borgere og pårørende i planen, og hvordan man overhovedet får borgerne til at give samtykke?
- Hvordan undgår man at planen ender som endnu et redskab, der konkurrerer med allerede eksisterende planer?
- Hvordan samles tværgående viden i planen, og hvordan vedligeholdes planen på tværs af sektorer og systemer?
- Hvem gør hvad, når planens rationelle og langsigtede perspektiv går i vasken i mødet med en kaotisk borger, der netop ikke er i stand til at følge en plan?
- Hvem er tovholder for planen, og hvilke kompetencer skal tovholderen have?
- Hvilke forpligtelser har de involverede aktører i at realisere planen – og hvor meget tid skal de i sidste ende allokere til det enkelte forløb? (VIVE's nyhedsbrev 11/12 2017: Koordinerende indsatsplaner sætter spot på centrale problemer)

Disse foreløbige erfaringer er nogenlunde enslydende med andre erfaringer, vi i Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose har fået, når vi har talt med fagpersoner rundt om i landet. Generelt er det svært at få implementeret en ensartet blivende praksis på landsplan, men samtidig er der steder,

hvor der har udviklet sig en praksis, og hvor der i alle kommuner gennemføres forløbskoordination. Det er fx tilfældet i Region Syddanmark, men også her er der forskelle på, hvilken hjælp de unges tilbydes. I Regionens store kommuner henvises unge under 18 år typisk til Rusmiddelcentret og nogle rusmiddelcentre har særlige tilbud til de unge. I de mindre kommuner 'opfyldes' behandlingsgarantien oftest ved, at der bevilges en kontaktperson, mens den børnefaglige undersøgelse gennemføres. Det betyder, at der nogle steder i Regionen er ventetider på egentlig behandling op til 4-5 måneder, hvilket jo så ikke er i overensstemmelse med behandlingsgarantien.

Rammebetingelserne for forløbskoordination/fælles indsatsplaner i Region Syddanmark

Region Syddanmark har valgt at lade forløbskoordination gælde alle, hvilket betyder, at det også gælder unge under 18 år. Det betyder rent organisatorisk og lovgivningsmæssigt, at forløbskoordinatorerne, der har ansættelse i Regionen, udover at skulle samarbejde med de kommunale myndighedsafsnittene og leverandører for voksne, også skal samarbejde med de kommunale myndighedsafsnit for børn og familier og leverandørerne tilknyttet dette område (familiehuse, kontaktpersoner, anbringelsessteder osv.) og støttemulighederne i skoleregi (fx PPR/psykologenhederne). Samtidig stiller det krav om, at forældrene skal tænkes aktivt ind i de fælles indsatsplaner, da de jo har forældremyndigheden over deres børn og unge under 18 år, hvilket selvfølgelig har betydning for de lovområder, som forløbskoordinatoren skal have kendskab til og medtænke, når den fælles indsatsplan skal udarbejdes.

Samtidig har Børne- og Ungdomspsykiatrien i Sydjylland, Esbjerg (BUP-Esbjerg) en aldersgrænse, som går op til 20 år, hvorefter de unge enten afsluttes til opfølgning ved egen læge eller viderehenvises til voksenpsykiatrien. Aldersgrænsen på 20 år betyder, at de unge undgår at skifte til voksenområdet både kommunalt og regionalt ved det 18. år. Dette gør overgange mere smidige for de mest resourcesvage unge, som forløbskoordinatorerne arbejder med.

Indgangen til forløbskoordination

BUP-Esbjerg gennemførte i opstarten af indsatsen en besøgsrunde til de 5 kommuner (Esbjerg, Varde, Vejen, Fanø og Billund kommune), der er BUP-Esbjergs optageområde. Det kom der en fælles aftale ud af, hvor hovedpunkterne er, at:

- Første instans som erfarer, at barn/ung har et forbrug af rusmidler, kontakter forløbskoordinator, som tilbyder barnet/den unge og forældre forløbskoordination. Hvis forløbskoordinatoren skal være en aktiv part, kræver det samtykke fra både den unge og forældrene
- Barnet/den unge og forældre (hvis den unge er under 18 år) indkaldes til opstartsmøde ved forløbskoordinator i BUP-Esbjerg. Psykiatriloven rummer dog mulighed for, når barnet er over 15 år, at forældrene ikke nødvendigvis skal deltage i samtalen, men de skal orienteres om behandlingsplan m.v.
- Forløbskoordinator udarbejder en underretning til kommunen, hvis barnet/den unge er under 18 år (jf Servicelovens kap. 27).

De unge kan både være i ambulant, dag- og døgnbehandling

I forhold til forløbskoordinatorens rolle er den naturligvis primært koordinerende mellem kommune/kommunale misbrugsbehandling og BUP, hvilket kræver at forløbskoordinatorens viden om 'sagen' hele tiden er up-to-date. Det kræver en del telefonsamtaler, samarbejds møder (især i

sager med stor kompleksitet), ligesom forløbskoordinatoren også er fast mødeleder og referent på netværksmøder, hvor der anvendes Åben Dialog¹.

Forløbskoordinationsindsatsen i BUP er ikke evalueret samlet, men de tilbagemeldinger, der kommer fra de lokale implementeringsgrupper, er generelt positive. Kommuner og Region oplever således, at det er samarbejdsfremmende:

- at forløbskoordinatoren er den samme person, og der ikke sker skift i denne centrale funktion
- at koordinator ikke er behandlingsansvarlig i forhold til den unge
- med et højt kommunikationsniveau fra forløbskoordinator

Samtidig med disse tilbagemeldinger fra kommunerne, anser BUP også forløbskoordination som en styrkelse af arbejdet i hverdagen. Således er tilbagemeldingerne fra BUP-døgn og BUP-ambulant, at:

- personalet aflastes, så de kan koncentrere sig om behandlingsarbejdet
- koordinatorfunktion varetages af en ikke-behandlingsansvarlig

Perspektiver

Forløbskoordination hænger tæt sammen med integreret behandling, parallel behandling og fælles mål, fordi forløbskoordination handler om, hvordan der kan bygges bro mellem forskellige organisatoriske enheder, så der kan arbejdes med behandlingsforløb, der er parallelle, men hvor der arbejdes med at få de enkelte elementer i forløbene til at fremtræde som integrerede (Hansen, 2019; Thylstrup og Johansen, 2019; Jensen, 2019.). Generelt rummer retningslinjerne for koordinerende indsatsplaner gode intentioner om at lette samarbejdet på tværs, men samtidig er der meget der tyder på, at retningslinjerne ikke har fundet udbredelse i langt den største del af landet, og at det kun undtagelsesvist fungerer i praksis. KORA-evalueringen fra 2017 pegede på, at en række grundlæggende problemstillinger fortsat mangler at blive håndteret og løst, hvor en del af disse problemstillinger måske kan ses som et mere strukturelt problem, hvor der skal findes løsninger, før selve koordinationsproblemet kan løses.

Den meget forskelligartede anvendelse af og mangel på anvendelse af forløbskoordination i forhold til unge med dobbeltdiagnose peger på et behov for, at der udvikles, afprøves og evalueres forskellige modeller for forløbskoordination, og at disse udviklingstiltag samles og koordineres i en organisatorisk enhed, der også arbejder med udvikling og implementering af fælles retningslinjer for området.

¹ Åben Dialog er en inddragende og koordinerede metode, der bygger på syv principper for dialogen og mødet, og som har vist særdeles gode resultater bl.a. i forhold til behovet for akut psykiatrisk behandling (oplæg af Ledende overlæge Klaus Müller-Nielsen på Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnoses konference: Meeting the Dragon)

Litteratur:

- Buch, Martin Sandberg & Petersen, Anne (2017): *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*, VIVE, udgivet af KORA.
- Jensen, Peter (2019): *Fælles mål for indsatserne til unge med dobbelt belastning/-diagnose*; Artikel 8 i Artikelsamling. Kan frit downloades på hjemmesiderne: www.dobbeltdiagnose.net; www.spuk.dk; www.pihl-inklusive.dk
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*, Sundhedsstyrelsen.
- Hansen, Susanne Pihl (2019): *Hvordan organiserer vi behandlingen af unge med dobbeltdiagnose i dag?* Artikel 6 i Artikelsamling.
- Thylstrup, Birgitte og Johansen, Katrine Schepelern (2019): *Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnoser*; Artikel 7 i Artikelsamling.



ARTIKEL 13

EFTERVÆRN – OPFØLGNING OG STØTTE EFTER AFSLUTTET BEHANDLING

Af Sheila Jones, adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt Peter Jensen, chefkonsulent, SPUK

Efterværn er et begreb, der kendes fra flere lande (ettervern i en norsk kontekst og after care i engelsk sammenhæng). Begrebet er i Danmark kendt helt tilbage fra 1960'erne på døgnanbringelsesområdet, hvor der er tale om en særlig støtte til unge, der har været døgnanbragte. I starten af 00'erne blev der i Serviceloven indføjet en række bestemmelser (§76 og §76a), der netop hjemlede en mulighed for at bevilge efterværn primært til unge, der havde været døgnanbragte helt op deres 18. år. Der er ikke tale om en ret, de unge har til efterværn, men derimod en mulighed, som kommunen skal bevilge, hvis den unge opfylder en række kriterier omkring arbejde, uddannelse, selvstændighed osv. Støtte kan gives indtil det fyldte 23. år, og kan omfatte en række støtteforanstaltninger fra genindskrivning i den tidligere institution, kontaktpersonordning og/eller psykologbehandling¹.

Det har i arbejdet i Ungepanelet været et gennemgående tema, at der er brug for en særlig støtte, når den unge har afsluttet behandlingsforløbet – både den psykiatriske behandling og rusmiddelbehandlingen. Den støtte de unge har efterlyst, har forskellig karakter – fra støtte til en forankring i fællesskaber (for uddybning af dette tema, se artikel 14: *Nye fællesskab af S. Jones & P. Jensen*), til støttegrupper for at fastholde de opnåede resultater, og over til en nem adgang til samtaler med det tidligere behandlingssted uden tunge visitationsprocedurer. Et par af de unge i Ungepanelet har et særligt favorabelt tilbud fra en psykolog i det behandlingstilbud, de har været tilknyttet, hvor de i privat regi får støttende samtaler til en pris langt under markedsprisen. De andre i Ungepanelet har ikke et sådant tilbud, og må altså enten undvære eller selv finansiere psykologbehandling, hvilket de oftest ikke har råd til.

Når vi i Danmark kun har ganske få steder, hvor der arbejdes efter en integreret behandlingsmodel, vil der også i forhold til et efterværn for de dobbeltdiagnosticerede unge være tale om støtte, der kan gives i mindst to systemer – rusmiddelbehandlingssystemet og det psykiatriske system.

¹ I praksis har det imidlertid vist sig, at en del af de tidligere døgnanbragte unge ofte har et støttebehov udover det 23. år, idet der for nogen sker en 'senmodning' sidst i 20'erne, hvor de har brug for at arbejde med barn- og ungdomstraumer for at komme videre i livet. Denne støtte er der ikke hjemmel til i efterværnsbestemmelserne i Serviceloven.

Efterværn og rusmiddelsystemet

Når vi i Danmark ikke tilbyder efterværn til unge med dobbeltdiagnose efter endt behandlingsforløb², kan det have at gøre med det syn, der er på rusmiddelproblemer, som i overvejende grad betragtes som sociale problemer, der kan løses ved hjælp af tidsbegrænsede interventioner. Dette syn har nogle konsekvenser for omfanget af den hjælp, mennesker med rusmiddellidelser tilbydes. Generelt er behandling af afhængighed og rusmiddelproblemer kendetegnet ved en forholdsvis lav succesrate og en relativt høj tilbagefaldsforekomst – særligt for den gruppe, der også er belastet af psykiske lidelser (González-Saiz, Vergara- Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014; King & McChargue, 2014). Man er i forskningsverdenen derfor begyndt i højere grad at anse afhængighed og rusmiddelproblemer som kroniske³ lidelser, der kræver længerevarende behandling (Cunningham & McCambridge, 2012; Dennis & Scott, 2007; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; White & McClellan, 2008). Sammenligner man afhængighed af rusmidler med andre kroniske lidelser, såsom diabetes, højt blodtryk eller astma, finder man da også nogle slående ligheder i forhold til i hvor høj grad patienterne overholder behandlingen og omfanget af tilbagefald. Ved de tre medicinske tilstande ser man fx, at blot 50% tager den medicin, de er blevet ordineret, færre end 30% følger de adfærdsmæssige ændringer (såsom kostomlægning og motion), de er blevet anbefalet og hvis tilbagefald defineres som en tilbagevenden af symptomer, oplever omkring 40-60% af patienter med diabetes, højt blodtryk eller astma tilbagefald hvert år (McLellan, 2002). For disse patientgrupper er der dog en kontinuerlig opfølgning på sygdomsudviklingen og adgang til behandling ved forværring, som ikke er tilgængelig for unge med dobbeltdiagnoser. Vi ved fra både Ungepanelet og Forældrepanelet, at unge med dobbeltdiagnose, i perioder af deres liv efter behandlingen, stadig har brug for personlig støtte fra professionelle. Vi ved også, at de kun undtagelsesvist får det, og ind imellem kun fordi deres tidligere behandlere udviser meget stor konduite – både personligt og økonomisk.

Dette er bekymrende, da udenlandske undersøgelser med unge, der har rusmiddelproblemer viser en stærk sammenhæng mellem løbende opfølgning efter behandlingsafslutning og stoffrihed over tid (Kaminer, Ohannessian, & Burke, 2017; Passetti, Godley, & Kaminer, 2016). For eksempel fandt Chi, Parthasarathy, Mertens, and Weisner (2011) at voksne klienter i et integreret behandlingstilbud, der havde modtaget løbende opfølgning, mere end dobbelt så ofte var stoffri 9 år efter behandlingsafslutning, end klienter, der ikke havde modtaget løbende opfølgningssamtaler. Ligeledes fandt Ilgen, Hu, Moos, and McKellar (2008), at opfølgende rusmiddelsamtaler efter endt primær behandling nedsatte risikoen for psykiatrisk genindlæggelse for patienter med dobbeltdiagnoser. I Danmark ser vi lignende resultater. Metodeprogrammet, som var en stor undersøgelse af effekten af fire behandlingsintensiteter (Pedersen & Pedersen, 2019), fandt, at unge med en psykiatrisk diagnose, som modtog den mest omfattende behandling (påmindelser, gavekort og 6 mdr. opfølgende behandling) havde en højere andel med stoffrihed 21 måneder efter behandlingsindskrivning (62% stoffri), end unge med en psykiatrisk diagnose, der modtog en af de mindre intensive behandlingstilbud (mellem 23% og 40% stoffri).

2 Efterværn til tidligere døgnanbragte unge er ret enkelt defineret, idet det er den støtte, der gives til unge, der har været døgnanbragte helt op til deres 18. år, og som gives efter deres fyldte 18. år. I forhold til efterværn til dobbeltdiagnosticerede unge er det lidt vanskeligere, fordi der ikke kan knyttes en aldersgrænse på, samtidig med at der efter psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling kan være fortsatte behandlingsaktiviteter (fx angstdæmpende medicin). Derfor kan det være hensigtsmæssigt i denne sammenhæng at knytte efterværnsdefinitionen til formålet med efterværnet, nemlig at støtte den unge til fx at fastholde de gode behandlingseffekter og til at forankres i en livsverden med gode og positive fællesskaber.

3 Kronisk: fra græsk *khronikós*, langvarig – ikke livsvarig

Ser man på anbefalinger for rusmiddelbehandling af unge, der tager udgangspunkt i evidensbase-rede metoder, er netop efterværn eller kontinuerlig opfølgning et af de elementer, der fremhæves for at fastholde forandring og forebygge tilbagefald (*Brannigan, Schackman, Falco, & Millman, 2004; Cacciola et al., 2015*). Ikke blot fremhæves nødvendigheden af at have et efterværnstilbud, men også nødvendigheden af, at den unge støttes i at anvende tilbuddet. (*Godley, Godley, Dennis, Funk, & Passetti, 2002; Passetti et al., 2016*). En undersøgelse af effekten af assertive continuing care, hvor de professionelle støtter de unge i at modtage efterbehandling, har vist, at denne form for styret efterværnstilbud medførte, at 94% af de unge gjorde brug af efterværnstilbuddet, mod 54% af unge, der blot blev tilbudt efterværn, men som selv skulle opsøge hjælpen. Over tid så man også en effekt på stofbrug, der viste, at jo flere efterværnsaktiviteter den unge havde deltaget i, jo større var stoffriheden tre måneder efter behandlingsafslutning. De unge, der havde haft en høj deltagelse i efterværn, var næsten dobbelt så ofte stoffri 3 måneder efter endt primær behandling end unge med lav grad af deltagelse (*Godley, Godley, Dennis, Funk, & Passetti, 2007*).

Udover, at fremme stoffrihed, kan et efterværnstilbud potentielt nedsætte risikoen for andre negative hændelser. Hver for sig nedsætter en diagnosticeret psykisk lidelse eller rusmiddelproblematik levealderen markant. En registerbaseret undersøgelse af Nordentoft et al. (2013), der kiggede på dødelighed blandt mennesker med en nyligt diagnosticeret psykisk lidelse i Danmark, viste, at mennesker med en diagnosticeret rusmiddelproblematik (enten alkohol eller stoffer) havde en nedsat forventet levetid på 23,6 år for mænd og 22,6 år for kvinder, mens skizofreni betød en nedsat forventet levetid på 20,1 år for mænd og 15,9 år for kvinder, affektive lidelser medførte en nedsat forventet levetid på 17,4 år for mænd og 12,5 år for kvinder, mens personlighedsforstyrrelser medførte en nedsat forventet levetid på 19,9 år for mænd og 15,5 år for kvinder. Risiko for selvmord og for dødsfald som følge af uheld eller drab er ligeledes markant øget. I forhold til befolkningsrisikoen repræsenterer en diagnosticeret rusmiddelproblematik en 11 gange højere risiko for selvmord blandt mænd, mens denne risiko er forhøjet 29 gange for kvinder. For skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er risikoen for selvmord forhøjet 22, 35 og 28 gange for mænd med en af disse lidelser og 37, 49 og 75 gange for kvinder i forhold til resten af befolkningen. Det særligt interessante i denne undersøgelse er, at de fandt, at den øgede risiko for dødsfald som følge af selvmord, ulykke eller drab toppede i det første år efter udskrivning, hvorefter den det følgende år var halveret.

Østergaard, Nordentoft, and Hjorthøj (2017) undersøgte, ligeledes ved hjælp af danske registre, sammenhængen mellem sameksisterende rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (her skizofreni, bipolar lidelse, depression og personlighedsforstyrrelse) og risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Undersøgelsen viste, at risikoen for fuldført selvmord er forøget 2-4 gange for mennesker med sameksisterende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer i forhold til mennesker, der "kun" har en psykisk lidelse. Risikoen for selvmordsforsøg i gruppen med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er ligeledes forøget 3-4 gange i forhold til mennesker, der "kun" har en psykisk lidelse. I denne undersøgelse fandt man også, at risikoen for selvmordsforsøg var højest i årene efter diagnosticering, hvorefter den faldt igen. Disse undersøgelser peger således også på vigtigheden af støtte i de første år efter diagnosticering og behandling i forhold til at reducere risikoen for selvmord og tidlig dødsfald.

Vi kender 'efterværn' fra en række velfærdspolitiske områder i dag. Her kan nævnes:

- Udskrivning fra somatiske afdelinger, hvor efterhjælpen fx kan være kommunale indsatser som hjemmehjælp, fysioterapi og ergoterapi.
- Udskrivning af unge fra døgnforanstaltninger, hvor efterværn er hjemlet i Serviceloven og rummer en række mulighed for særlig støtte (fx kontaktperson og psykologbehandling)

Psykisk sårbarhed, lavt selvværd, personligheds- og udviklingsforstyrrelser ophører ikke, blot fordi behandlingsforløbet afsluttes. Og vi ved, at mennesker, der har haft et skadeligt forbrug af rusmidler i pressede situationer kan falde tilbage til det gamle skadelige forbrug. Både de psykiske og sociale temaer og rusmidlerne er temaer, som de unge skal lære at håndtere og arbejde med resten af livet, og som de også efter behandlingsforløbet indimellem har brug for støtte til at håndtere. Det kan være gennem 'genindtræden' i behandlingsforløb, men det kan også blot være en livline at ringe til, når presset fra omverden bliver for stort. Samtidig med, at det er veldokumenteret, at støtte efter behandlingsforløb virker i forhold til at opretholde de resultater, der er nået i behandlingsforløbet, så er der samtidig tale om en støtte, som kun undtagelsesvist tilbydes, og det er ikke en støtte, der er hjemlet som en mulighed, som det fx kendes fra efterværnsområdet i Serviceloven (§76).

Efterværn kendes alene fra det sociale område. Inden for psykiatrien gives behandlingstilbud så længe, der er et behandlingsbehov. Efter endt behandling i psykiatrien udskrives patienten/den unge, og her kan støtte fra det sociale system og uddannelsessystemet komme på tale (fx støtte-/kontaktperson efter Servicelovens §85 eller de hjemlede støttemuligheder i forbindelse med gennemførelse af uddannelse).

Hvad er der brug for?

I artikel 1 *Unge med dobbeltdiagnoser – intro og forståelsesramme* er det beskrevet, at unge med en dobbeltdiagnose-/dobbeltbelastningsproblematik langt fra er en entydig størrelse. Deres ressourcer, vanskeligheder og belastninger vil være væsentlig forskellige fra ung til ung inden for det sociale, og det psykologiske og i forhold til rusmidler. For eksempel kan en ung med en angstdiagnose i kombination med hashforbrug på 1-2 joint dagligt og almindelige opvækstvilkår defineres som dobbeltbelastet/-diagnosticeret, mens en anden ung bliver dobbeltdiagnosticeret p.b.a. en autismediagnose i kombination et hashforbrug på mellem 5-7 joints dagligt og med nogle opvækstvilkår præget af massive omsorgssvigt i den tidligste barndom, der førte til gentagne døgnanbringelser. Ligesom disse to unge vil have behov for noget forskelligt i selve behandlingsforløbet, vil de også have behov for forskellig støtte i en efterværnsperiode.

Vi har en ganske god viden om, at støtte efter behandlingsindsatsen i rusmiddelsystemet giver gode effekter, men vi har brug for mere viden om, hvilken konkret støtte der er brug for til den samlede gruppe af unge med dobbeltdiagnose, ligesom vi har brug for viden om, fra hvilket 'system' denne støtte bedst gives og til hvem, og hvad der skal være målet for støtten. Målet er betydningsfuldt, fordi det er med til at definere hvilke temaer i den unges liv, han/hun skal have støtte til, og her vil det for nogle unge være tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, der er målet, mens det for andre vil være, at få det sociale liv til at fungere på en offentlig støtteordning, mens der arbejdes på at støtte den unge i at opnå et selvreguleret voksenliv.

Der er således – på baggrund af den viden vi allerede har – både brug for udviklingsindsatser, hvor organiseringer, samarbejdskonstruktioner og metoder afprøves og udvikles i forhold til de forskellige målgrupper inden for området 'unge med dobbeltdiagnose', samtidig med, at der gennemføres forskningsindsatser i forhold til effekter af udviklingsindsatserne.

Litteraturliste

- Brannigan, R., Schackman, B. R., Falco, M., & Millman, R. B. (2004): *The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey*. I: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(9), 904-909.
- Cacciola, J. S., Meyers, K., Ward, S., Rosenwasser, B., Arria, A., & McLellan, A. T. (2015): *Assessing adolescent substance abuse programs with updated quality indicators: the development of a consumer guide for adolescent treatment*. I: *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(3), 142-154.
- Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2011): *Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model*. I: *Psychiatric Services*, 62(10), 1194-1200.
- Cunningham, J. A., & McCambridge, J. (2012): *Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?* I: *Addiction*, 107(1), 6-12.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007): *Managing addiction as a chronic condition*. I: *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R., & Passetti, L. L. (2002): *Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment*. I: *Journal of substance abuse treatment*, 23(1), 21-32.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., & Passetti, L. L. (2007): *The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders*. I: *Addiction*, 102(1), 81-93.
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014): *Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities*. I: *Substance Abuse*, 35(2), 133-140.
- Ilgén, M. A., Hu, K. U., Moos, R. H., & McKellar, J. (2008): *Continuing care after inpatient psychiatric treatment for patients with psychiatric and substance use disorders*. I: *Psychiatric Services*, 59(9), 982-988.
- Kaminer, Y., Ohannessian, C. M., & Burke, R. H. (2017): *Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders*. I: *Addictive Behaviors*, 70, 102-106.
- King, S., & McChargue, D. (2014): *Adolescent substance use treatment: the moderating effects of psychopathology on treatment outcomes*. I: *Journal of Addictive Diseases*, 33(4), 366-375.
- McLellan, A. T. (2002): *Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective*. I: *Addiction*, 97(3), 249-252.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000): *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. I: *JAMA*, 284(13), 1689-1695.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., Laursen, T. M. (2013): *Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden*. I: *PloS one*, 8(1), e5176.
- Passetti, L. L., Godley, M. D., & Kaminer, Y. (2016): *Continuing care for adolescents in treatment for substance use disorders*. I: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 669-684.
- Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019): *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Retrieved from Aarhus Universitet White, W. L., & McClellan, A. T. (2008): *Addiction as a chronic disorder*. I: *Counselor: The Magazine for Addiction Professionals*, 8.
- Østergaard, M. L., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). *Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder*. I: *Addiction*, 112(7), 1250-1259.



ARTIKEL 14

NYE FÆLLESSKABER

Af Birgitte Thylstrup, lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt formand for Dansk Fagligt Netværk for Dobbelt diagnose, Sheila Jones, adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, og Peter Jensen, chefkonsulent SPUK

Gennem hele forløbet med Alliancen – Unge med dobbelt diagnose har flere af de unge i Ungepanelet omtalt perioden efter den behandling, de har modtaget, som en særlig vanskelig tid. Selvfølgelig for unge, der er 'færdigbehandlede', og som er i gang med studier, arbejde osv., opleves tiden efter behandling som en svær tid. Mange af de unge har i løbet af behandlingen bevæget sig væk fra rusmiddelbruget og øget håndteringskompetencen af deres psykiske vanskeligheder. Som en del af denne bevægelse har de forladt eller skåret ned på kontakten med deres tidligere sociale netværk/fællesskaber med andre unge, uden rigtigt at kunne finde en plads i nye fællesskaber. Nogle af de unge har positiv kontakt med deres familie, men det ikke er tilfældet for alle, og selvom der er adgang til en støttende familie, oplever flere af dem et stort savn i forhold til at opleve at være en del af et meningsfuldt fællesskab med andre unge, hvor rusmidler ikke udgør det centrale samlingspunkt. Mange af de unge oplever således at have fået det bedre i forhold til deres rusmiddelbrug, men at de samtidig lever i eller på grænsen til ensomhed.

Fortællingerne fra de unge fra Ungepanelets adskiller sig på en række områder sig fra andre unges fortællinger. Ofte har deres ungdomsliv været præget af længere perioder, hvor de enten har været overladt til sig selv, eller har indgået i fællesskaber med andre unge, der har haft lige så mange vanskeligheder som dem selv, og hvor svaret på disse vanskeligheder i vidt omfang har været at bruge rusmidler. En del har derudover været inde og ude af det psykiatriske behandlingssystem og det kommunale rusmiddelbehandlingssystem flere gange, og nogle har også været indlagt i på psykiatrisk afdeling. Som følge af deres problemer har tilknytningen til skole og ungdomsuddannelse ofte haft en mere sporadisk karakter, hvilket har medført, at de i perioder ikke har været en del af de sociale arenaer, hvor samvær i fællesskaber med andre unge trænes, og hvor de fleste unge finder jævnaldrende, som de deler interesser med, der ikke centrerer sig omkring rusmidler. Derudover er der i vores Ungepanel flere eksempler på, at selv når de unge har formået at passe deres uddannelse, så har de alligevel i fritiden søgt sammen med unge, hvis baggrund og vanskeligheder lignede deres egne, og som ligesom dem selv røg for meget hash eller tog andre illegale stoffer. Selvom samværet i disse fællesskaber på nogle områder brød følelsen af social isolation og af at være alene om at have vanskeligheder, understøttede det således en negativ udvikling – både for den enkelte unge og for deres deltagelse i sociale ungefællesskaber.

En del af de unge har bl.a. som følge af lavt selvværd, social angst og psykiske problemer, oplevet større vanskeligheder, end hvad der kendetegner de fleste andre danske unge, hvilket har medvirket til at udfordre dem i forhold til at etablere sig i sociale fællesskaber med mere ressourcestærke unge. Deres erfaringer med de mere marginaliserede ungefællesskaber, som de derfor har været tilknyttet, har som følge af det ofte illegale rusmiddelbrug også været forbundet med aktiviteter på kanten af det samfundsmæssigt accepterede og lovlige. En af de unge i Ungepanelet sagde for eksempel på et tidspunkt, at hun ind imellem ønskede, at hun kunne ringe til en 'normal', fordi

hun simpelthen ikke havde redskaberne til at vurdere, hvad der var inden for det normale, og hvad der ikke var. Den manglende viden hos denne unge kvinde (der var i midten af 20'erne), gav genklang hos de andre i Ungepanelet, og peger på et stort behov for at støtte de unge i at indgå i mere ressourcestærke fællesskaber.

De skitserede udfordringer betyder således, at alt for mange unge efter afsluttet behandlingsforløb i psykiatrien eller i rusmiddelbehandlingen, befinder sig i en proces, hvor de har behov for at skabe tilhørsforhold til nye ungefællesskaber for at fastholde de positive behandlingsresultater. På samme tid betyder de skitserede udfordringer, at dette er meget vanskeligt for mange af dem:

- Fordi det er svært at være den, der er udenfor og gerne vil ind i fællesskabet
- Fordi de ofte ikke rigtigt har redskaberne eller kompetencerne til det
- Fordi de temaer, der er omdrejningspunkterne i disse fællesskaber, ofte er ukendt land

De unge i Ungepanelet beskriver forskellige strategier i forhold til at bryde isolationen og ensomheden, når det er svært at blive en del af et nyt socialt ungenetværk efter behandling:

- De går tilbage og bliver en del af deres tidligere ungefællesskaber i længere eller kortere perioder
- De vælger ensomheden, og når de forsøger at deltage i sociale aktiviteter, har de ofte ikke succes med det
- De søger tosømheden i et parforhold, men oplever at mangle kompetencer for sociale samspil, hvorfor der er risiko for, at afhængigheden af partneren bliver for stor

Uanset hvilke vanskeligheder de unge oplever, eller hvilken strategi de vælger at bruge til at håndtere deres vanskeligheder, er det tydeligt, at de oplever et stærkt behov for at være en del af ét eller flere ungefællesskaber, og at de strategier, som de beskriver, er utilstrækkelige. Selvom forskning inden for området hovedsageligt har fokuseret på voksne, afspejler de unges fortællinger mange af de samme udfordringer, som voksne med en dobbeltdiagnose oplever: At rusmiddelbruget ofte forstærkes på grund af et behov for at føle et socialt tilhørsforhold (Laudet et al, 2004), og at genoptagelse af rusmiddelbrug efter endt rusmiddelbehandling ofte sker som følge af behovet for at være en del af et socialt netværk, hvorfor man finder tilbage til sin tidligere omgangskreds (Tracy et al, 2006). Derudover afspejler det, at det sociale netværk gennemgående er småt og ofte mindre stabilt hos mennesker med en psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med andre, og over tid bliver yderligere begrænset i forhold til at yde den nødvendige støtte (Tracy et al, 2006).

At opleve at være uden for vigtige og velfungerende sociale fællesskaber har flere negative konsekvenser – ikke blot i forhold til trivsel, men også for funktionsevnen. Vi ved fra adskillige psykologiske eksperimenter, at alene det at skabe en forestilling om fremtidig social eksklusion øger aggressionsniveauet og nedsætter prosocial adfærd i nuet hos "almindelige" mennesker. Derudover nedsætter det impuls kontrol og selvregulering, da den sociale accept, som fungerer som en gulerod for regulering af adfærd, ikke er til stede (de Wall et al, 2011). Undersøgelser viser derudover, at det kognitive funktionsniveau påvirkes af forestillingen om fremtidig social isolation og medfører, at man klarer sig dårligere på tests (Cacioppo & Hawkey, 2009), og at oplevelse af social eksklusion er forbundet med dårligere fysisk og psykisk helbred (Baumeister & Leary, 1995; Prinstein & Aikins, 2004). Det at være socialt ekskluderet kan således skabe så stort et behov for at føle et socialt tilhørsforhold, at evnen til at skelne gode relationer fra dårlige forringes i en sådan grad, at det påvirker valg af venner og sociale fællesskaber (Williams, 2007).

Veje til bedre trivsel

Ser man på forskning inden for recoveryområdet ved vi i dag, at særligt fem faktorer er vigtige for at mennesker med en psykisk lidelse kan få det bedre (*Leamy et al, 2011*).

1. Empowerment; at blive bedre i stand til at håndtere sit liv og derved opleve at have mere kontrol over det.
2. Forbundethed; at indgå i sunde sociale relationer og familierelationer, og at blive inkluderet i (lokal)samfundet.
3. Genopbygning af en positiv identitet; inkluderer bl.a. at håndtere stigma og diskrimination og derved øge egen trivsel.
4. At finde mening og mål med livet.
5. At opleve håb og optimisme i forhold til fremtiden og egne muligheder.

Disse faktorer gør sig ikke mindre gældende for personer med både psykiske problemer og rusmiddelproblemer, og understøttes da også af flere undersøgelser. For eksempel fandt en etnografisk undersøgelse af voksne med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer fire livsfaktorer, der havde betydning for forbruget af rusmidler: 1. engagement i værdifulde aktiviteter, som strukturerer dagligdagen, såsom uddannelse, arbejde eller frivilligt arbejde; 2. ordentlige stabile boligforhold; 3. et kærligt forhold til en person uden rusmiddelproblemer, som accepterer, at man har en psykisk lidelse; og 4. et positivt forhold til, og regelmæssig kontakt med en professionel inden for sundhedssystemet eller rusmiddelbehandlingssystemet. Personer, der beskrev færre end tre af disse livsfaktorer havde signifikant flere måneder med rusmiddelbrug de første to år efter rusmiddelbehandling, end dem, der beskrev tre eller fire (*Alverson et al., 2000*).

Fra recovery forskning ved vi, at det er helt basale behov, der skal opfyldes, for at et menneske med psykisk lidelse skal komme sig. Et stabilt hjem, noget meningsfyldt at fylde hverdagen op med og sunde relationer til andre, der er kendetegnet ved tillid og tryghed. Unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har ofte oplevet at være holdt udenfor, hvilket kan give nogle ar i forhold til hvor selvsikkert man indleder nye relationer. Derudover mangler mange ofte de sociale færdigheder, der skal til, for at træde ind i et nyt ungefællesskab. At skabe tilhørsforhold til nye ungefællesskaber bør derfor være et fokus i indsatser og behandling.

Professionelt initierede ungefællesskaber

En del af de unge med dobbeltbelastning/-diagnose har efter endt behandlingsforløb brug for et tilbud om at være en del af et socialt ungefællesskab som et springbræt ud i mere selvorganiserede ungefællesskaber – et fællesskab, der både er trygt og tillidsfuldt, og som samtidig kan støtte dem og være et spejl i forhold til deres udviklingsproces. Sådanne fællesskaber defineres ofte som grænsefællesskaber (*Mørch 2006*), hvilket refererer til, at der er tale om fællesskaber, der indeholder læring og støtter de unge i at overskride egne grænser i forhold til at bevæge sig fra at være 'marginaliseret ung' til at være en aktiv deltager i ikke-marginaliserede fællesskaber. Fx kan det være vanskeligt at bevæge sig fra at have været en del af et 'hash-fællesskab', hvor kommunikationen hovedsageligt drejede sig om hash (mængde, kvalitet, smag, pris, politi osv.) og at være i en udsat position (socialrådgivere, kontanthjælp, støtteforanstaltninger), til på eget initiativ at indgå i et sportsfællesskab, hvor kommunikationen måske primært handler om sporten (præmier, stillinger, andres præstationer, egne præstationer, seneste landskampe osv.) og uddannelse (arbejde, SU, faglige drømme og ambitioner). Her kan grænsefællesskabet bygge bro ved at støtte de unges udvikling, fordi det udgør et 'praksisfællesskab' – et fællesskab, hvor de unge er sammen om noget, der er betydningsfuldt for dem. Dette 'fælles tredje' kan fx være egen-udvikling, men kan

også være at ændre en samfundsmæssig tilstand, som fx at skabe bevidsthed om og bedre vilkår for unge med dobbeltdiagnose.

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, har estimeret, at der minimum er 6400 unge mellem 15 og 25 år, der er registreret i Landspatientregisteret, som ryger hash mere end 20 gange månedligt, og/eller har taget andre illegale stoffer mere end 4 gange inden for den sidste måned. En del af disse unge vil ikke have brug for særlige sociale fællesskaber efter endt behandling, men en del af dem vil have dette behov. For disse unge vil det være afgørende for deres muligheder for at fastholde behandlingsresultater, eller være forudsætningen for at få et selvreguleret voksenliv med øget trivsel.

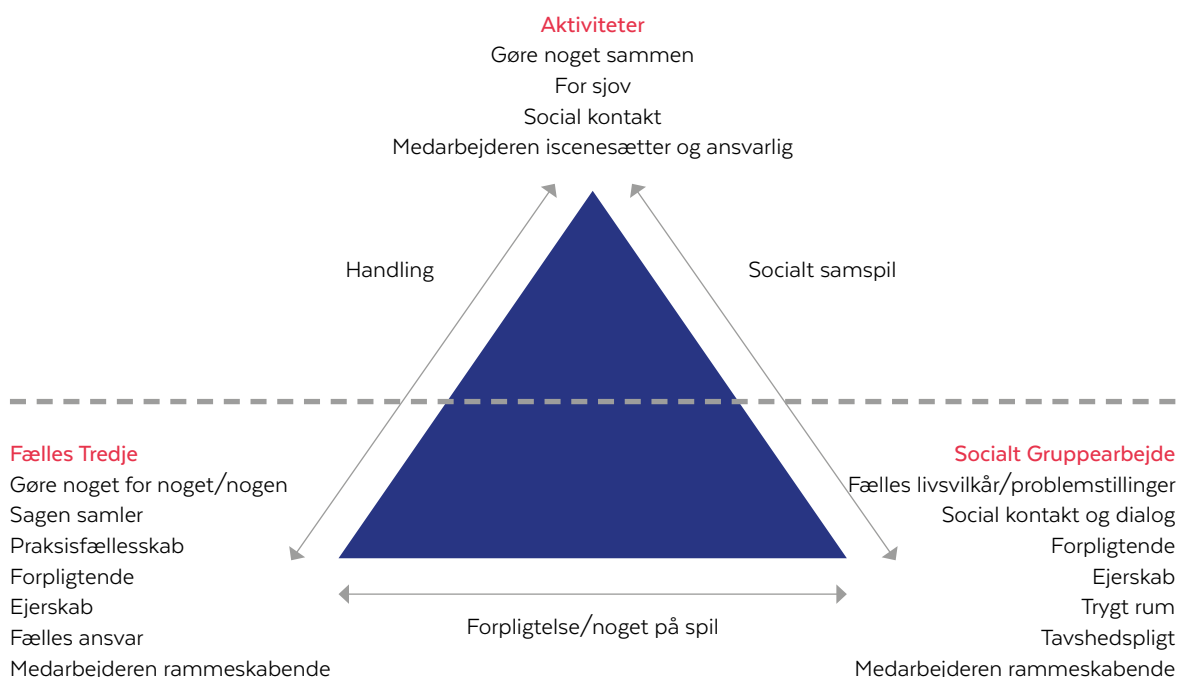
Aktiviteter, Fælles Tredje og Socialt Gruppearbejde

I det pædagogiske arbejde har der gennem en del år været diskuteret, hvad der skaber en positiv udviklingsbevægelse for de børn og unge, der arbejdes pædagogisk med i sociale fællesskaber. Der kan som vist i model 1 nedenfor skelnes mellem mindst tre grundtyper (Henriksen, 2017-2018): Aktiviteter, Fælles Tredje og Socialt Gruppearbejde. De tre grundtyper er forskellige, selvom de handlinger, der foregår i fællesskaberne, umiddelbart kan få dem til at fremstå ens. Forskellene består hovedsageligt i, hvad der er det primære mål for de unge i fællesskabet; på hvilken måde de deltager; hvad der forventes af deres deltagelse; og hvad der er den professionelle rolle.

Aktiviteter

Det meste pædagogiske arbejde er bygget op omkring aktiviteter (og samtaler), hvor aktiviteterne udover at være sjove og udviklende også er relationsopbyggende. Det er således den professionelle, der iscenesætter og er ansvarlig for planlægning og udførelse af aktiviteterne. Den aktivitetsorienterede pædagogik er velkendt inden for store dele af den pædagogiske indsats i almenområdet (børnehaver, fritidstilbud, skoler osv.), men udgår også som en hjørnesten i specialpædagogikken. I forhold til unge med dobbeltdiagnose, der har afsluttet behandlingsforløbet i psykiatrien eller i

Model 1



rusmiddelbehandlingen, kan den oplevelsesorienterede tilgang være relevant, men da der er tale om unge, hvor ensomhed og isolation i hverdagslivet ofte er hovedproblemet, kan der være brug for andre indsatser, der i højere grad hjælper de unge til at reflektere over egne handlemuligheder og indgå i lærende praksisfællesskaber med andre unge, som er i samme situation.

Socialt gruppearbejde

Socialt gruppearbejde anvendes ofte i arbejdet med børn og unge, der har eller har haft fælles vanskelige og ofte ubearbejdede opvækstvilkår, der virker hæmmende for deres trivsel og hverdagsliv. Målet er social kontakt og dialog med andre børn og unge om deres fælles livserfaringer, dels for at få disse erfaringer bearbejdet, dels for at få erfaringerne almengjort, og støtte de unge i at tilegne sig mere konstruktive handlestrategier (Jensen, 2012). For at sikre, at den nødvendige tillid og tryghed er til stede, er det nødvendigt med faste grupper, hvor det i sig selv er en pædagogisk indsats at sikre kontinuiteten i de unges fremmøde og motivation for deltagelse. Det er karakteristisk for socialt gruppearbejde, at det er den professionelle, der gennem forløbet iscenesætter, hvad der skal ske, og skabe rum for, at de unge løbende påtager sig et større og større ejerskab for gruppen, og dermed er med til at etablere gruppens/fællesskabets kultur.

Fælles Tredje

Fælles Tredje-aktiviteter er bygget op omkring at gøre noget ved ydre sagsforhold, som undervejs kan føre til, at de unges selvopfattelse ændres ved at have været en del af disse aktiviteter. Fælles Tredje-aktiviteter er ofte karakteriseret ved en række praksisfællesskaber, der både giver mening i forhold til de 'ydre sagsforhold', men også giver viden og læring om egne reaktioner i samspillet med andre unge. Man får så at sige en ny fortælling om sig selv som deltagende i et 'noget', der er større end én selv. Fælles Tredje-aktiviteter er forpligtende, og alle har ansvar for at nå de aftalte mål. Den professionelle er faciliterende/rammesættende, men har ligesom de unge deltagere noget på spil, da han/hun ikke er en ekspert på netop det område, som aktiviteten udgør (Nissen, 1993). Processens indhold og retning er således konstant til forhandling mellem de unge og den professionelle.

Mere eller mindre utilsigtet har Unge- og Forældrepanelerne etableret sig som Fælles Tredje-aktiviteter, hvor de 'ydre sagsforhold' blev udgjort af høringen i Folketinget i november 2019. Gennem de afholdte workshops påtog de to paneler gradvist et øget ansvar i forhold til Alliancen, og dannede stærke meninger om, hvad der skulle ske på høringen på Christiansborg, og hvad der skulle kendetegne andre af Alliancens formidlingsaktiviteter. Samtidig har genkendeligheden i de stærke fortællinger hos både de unge og forældre på de forskellige workshops medført, at flere har knyttet kontakt udenfor Alliancen, og har dannet nye fællesskaber.

Konklusion

Artiklen har givet nogle bud på, hvorfor der brug for at etablere støttende ungefællesskaber for unge med dobbeltbelastning/dobbeltdiagnoser. Den har også givet bud på, hvad disse fællesskaber kan indeholde, hvad der kan være indhold og proces, og hvad den professionelle rolle kan være. Samtidig er det vigtigt at anerkende, at fællesskaberne også skal være attraktive for de unge. Flere unge i Ungepanelet understreger, at det ikke nytter noget at tvinge dem ind i grupper eller fællesskaber, hvis de ikke kan se sig selv i sådan en gruppe eller i et givent fællesskab. For det første er det afgørende, at der er andre unge. Én af de unge fortalte, at hun havde fået tilbud om at deltage i en gruppe, hvor der – da hun dukkede op til første møde – primært sad voksne, hvoraf en del af dem havde været heroinmisbrugere, mens hun selv var 18½ år og 'kun' havde et hashmisbrug.

Hun følte overhovedet ikke, at det, der blev talt om, var noget hun kunne relatere til, hvilket også resulterede i, at hun mødte op (fordi hun skulle), men ikke deltog aktivt i gruppen. Mens forskelle i problemer og erfaring kan være et godt udgangspunkt for deling og læring i grupper, understreger det, at det er vigtigt at forventningsafstemme, hvad en gruppe kan tilbyde og hvem der deltager i gruppen. Det understreger også, at den professionelle gruppeleder skal være i stand til at skabe et rum, hvor fokus er på, hvordan der kan opstå læring gennem fælles deling på tværs af forskelle. Endelig peger den unges erfaring også på, at der bør tages hensyn til forskelligheder i forudsætninger og erfaringer.

Der er i dag flere kommunale rusmiddelcentre, der inddrager mere fællesskabsorienterede indsatser under og efter endt behandling, ligesom der også er flere tilbud til unge inden for psykiatrien. Men der mangler et samlet overblik over tilbuddene. Der er således brug for viden og et overblik over eksisterende (evidensbaserede) indsatser inden for psykiatri og rusmiddelbehandling, hvilke metoder der arbejdes med, og hvilke målgrupper indsatserne retter sig imod. Der er et stort behov for viden og overblik over, hvilke muligheder unge med dobbeltdiagnoser har for at indgå i ungefællesskaber under og efter behandling, og at en del af de indsatser, der fokuserer på læring gennem deltagelse i fællesskaber og grupper gentænkes og afprøves i forhold til unge med dobbeltdiagnose.

Litteraturliste

- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2000): *An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness*. I: *Community mental health journal*.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995): *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. I: *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009): *Perceived social isolation and cognition*. I: *Trends in cognitive sciences*, 13(10), 447-454.
- Henriksen, Klaus G: *Model anvendt I Socialstyrelsens praksiskursus: Samarbejde og netværk i forebyggelse af ungdomskriminalitet, og rekuttering til rocker og bandegrupperinger, 2017-2018*, SPUK.
- Jensen, Peter (2012): *Fra udsat til værdsat*, Københavns Kommune/De 4 Årstider, SPUK.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004): *Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder*. I: *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 365-375.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011): *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. I: *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Mørch, Line Lerche (2006): *Grænsfællesskaber – Læring og overskridelse af marginalisering*, RUC.
- Nissen, Morten et al (1993): *På eget ansvar: En evaluering af Ama'r Totalteater*, Rubikon.
- Prinstein, M. J., & Aikins, J. W. (2004): *Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms*. I: *Journal of abnormal child psychology*, 32(2), 147-158. Prinstein & Aikins, 2004)
- Tracy, E. M., & Biegel, D. E. (2006): *Personal social networks and dual disorders: A literature review and implications for practice and future research*. I: *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 59-88.
- Williams, K. D. (2007): *Ostracism*. I: *Annual review of psychology*, 58.

Om Alliancen

Helsefonden tog i 2018 initiativ til at etablere Alliancen – unge med dobbeltdiagnose, hvor unge, forældre og fagpersoner i fællesskab har bidraget med viden, erfaringer og nye perspektiver på problematikken: Hvad er det særlige ved at være ung ramt af dobbeltdiagnose/dobbelt belastning – og hvad skal der til for at løfte området?

Alliancens arbejde er samlet i to publikationer:

- **Grønbogen**, hvor Alliancens anbefalinger præsenteres som oplæg til dialog med politikere og beslutningstagere ved høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg 20. november 2019. Formålet med Grønbogen er at skabe debat og dialog, som kan danne grundlag for konkrete initiativer til at styrke området.
- **Artikelsamlingen**, hvor Alliancens indsamling af viden, erfaringer og perspektiver er udfoldet i 14 baggrundsartikler, der kommer hele vejen rundt om nogle af de vigtigste problemstillinger på området.

Formålet med Artikelsamlingen er at præsentere et solidt grundlag for handling blandt fagpersoner og beslutningstagere.

Alliancen består af en styregruppe og tre paneler: Et Ungepanel, et Forældrepanel og et Fag-ekspertpanel, der har særlig viden og erfaringer fra området 'unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning'. Arbejdet i Alliancen er faciliteret af Peter Jensen, SPUK, og Susanne Pihl Hansen, PIHL INKLUSIVE – i tæt samarbejde med konsulent Trine Ry og studentermedhjælperne Anna Lindquist og Anders Nielsen.

Alliancens Styregruppe

- Formand Anne-Mette Winther Christiansen, Helsefonden
- Direktør Hanne Jervild, Helsefonden
- Seniorforsker og leder Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser, Region H
- Chefkonsulent, Peter Jensen, SPUK
- Chefkonsulent, Susanne Pihl Hansen, PIHL INKLUSIVE

Ungepanel

- Unge i alderen 17-30 år, der har personlige erfaringer med psykiske vanskeligheder og samtidig problematisk brug af rusmidler i længere perioder af deres ungdom.

Forældrepanel

- Forældre til unge under 25 år, der har/har haft psykiske vanskeligheder og samtidig problematisk brug af rusmidler.

Fagekspertpanel

- Lektor, Birgitte Thylstrup, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt formand for Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldtagnose
- Ledende overlæge Danny Reving, KABS Glostrup
- Seniorforsker Ditte Andersen, VIVE – Det nationale forsknings- og analysecenter for Velfærd
- Adjunkt og konsulent Hanne Dam, VIA University College
- Afdelingsleder Heidi Gøtze, KABS Stjernevang
- Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og overlæge Jonatan Hannibal, Novavi – Stofrådgivningen Novavi samt Region Sjælland
- Seniorforsker og leder Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser, Region H
- Formand for Uddannelsesudvalget, Leni Grundtvig Nielsen, SIND
- Ungebehandler Lone Walsøe, Perron 3 i Slagelse Kommune samt styregruppemedlem Ungebehandler-netværket
- Adjunkt Sheila Jones, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Psykolog og behandlingskoordinator Silas Houlberg, Novavi – Stofrådgivningen
- Forløbskoordinator Vibeke Roer Hillerup, Børne- og ungdomspsykiatrien Sydjylland
- Afdelingsleder Åse Kjøller, Behandlingscenter Unge & Rusmidler, Odense Kommune

*Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler
Udgivet januar 2020 af Alliancen - unge med dobbeltdiagnose og Helsefonden*

Redigering: Susanne Pihl Hansen og Peter Jensen

Grafisk tilrettelæggelse: D-Grafisk, David Lund Nielsen

Alle fotos i hæftet er modelfotos fra istock.com, pixabay.com, pexels.com og unsplash.com

© Forfatterne og Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose samt Helsefonden

Grønbogen er udarbejdet på baggrund af arbejdet i Alliancen - unge med dobbeltdiagnose i 2018-19.
Alliancen er igangsat og finansieret af Helsefonden, og består af 3 paneler: Ungepanel, Forældrepanel
og Fagekspertpanel

ISBN: 978-87-993161-4-4