

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 Dobeltdiagnose, og Katrine Schepeleer Johansen, seniorforsker og leder for Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, Region H



I dette kapitel vil vi samle op på nogle af de vanskeligheder, der eksisterer for 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 kan lykkes.

Indledning

Fordi der ofte er tale om komplekse problemstillinger, når vi taler om unge med dobbeltdiagnose af rusmidler og psykisk lidelse, er der ofte behov for at involvere professionelle i hjælpesystemet, som kan bidrage med forskellige fagligheder og kompetencer. Det betyder også, at hjælpesystemet skal samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer for at sikre, at indsatsen bliver sammenhængende og giver mening for både den unge, de pårørende, som danner det støttende netværk, og for de professionelle. Ift. dobbeltdiagnose, bliver der yderligere lagt det lag på, at de forskellige fagligheder 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 sektorer, indsatser og fagligheder. For at imødekomme disse vanskeligheder, har der igennem de seneste 10-15 år været gennemført en række projekter, der har fokuseret på at etablere bedre samarbejde rundt om både unge og voksne borgere med en dobbeltdiagnose. 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 mennesker eller grupperes anstrengelser for at nå et fælles mål. En anden måde at beskrive samarbejde på er, at samarbejde forekommer, når forskellige parter har en oplevelse af at behøve hinanden for at kunne løse deres mål (Brown, 1983), eller når der i behandlingen opbygges en 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 faktorer, der er involveret i et samarbejde, peger således på centrale forudsætninger for, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring unge med dobbeltdiagnose kan lykkes, og peger samtidig på de vanskeligheder, der kan være i at imødekomme disse forudsætninger.

Udfordringer

De elementer, der indgår i forudsætningerne for et samarbejde, indikerer allerede hvilke grundlæggende udfordringer, som ofte viser sig. Ift., hvordan de kan vise sig i hjælpesystemernes arbejde med unge, som er dobbeltdiagnosticerede, synes nogle centrale områder at være:

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 der på trods af et bredere fokus, stadig kan opstå udfordringer ift. fælles problemforståelse og fordeling af ansvar og arbejdsopgaver (Thylstrup og Hesse, 2019). Dertil kommer, at dobbeltdiagnose ofte involverer andre problemer, såsom problemer i sociale relationer og ift. skolegang, uddannelse og arbejde. Mange undersøgelser viser, at mennesker med belastning af både misbrug og psykisk lidelse oftere har et lavere funktionsniveau, dårligere somatisk helbred og hyppigere indlæggelse på hospitaler, oftere er hjemløse, uden for uddannelse og arbejde, og oftere udøver eller er ofre for vold. Forenklet sagt breder dobbeltbelastningen sig således over både det sundhedsfaglige, sociale og juridiske område, fordi det både omfatter rusproblemer samt psykiske og sociale problemer (herunder ikke sjældent overskridelse af loven i forbindelse med køb/salg af stoffer eller berigelseskriminalitet). Enighed om, hvad der er problemet, støder derfor nemt på udfordringer, hvor to af de mest vægtige ofte udgøres af dels de forskellige perspektiver, som følger de forskellige arbejdsopgaver og ansvarsområder, og dels de fagligheder og logikker, der kendetegner de indsats, der er involveret.

Det er 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. Bedringsprocessen bør derfor involvere et helhedsorienteret sigte, som inddrager, hvordan problemer relateret til rusmidler og psykisk lidelse påvirker disse andre livsområder, fx ift. problemer i skole og arbejde, eller i relationen til forældre. 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 indsats, 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 indsats (Lehmann et al., 2000). Fx er det ikke sjældent, at rusmiddelbehandlingen, hvis den er opmærksom på den psykiske lidelse, ser den psykiske lidelse som det primære problem, som derfor bør henlægges til psykiatrien, hvorfor psykiatrien dermed tillægges det primære behandlingsansvar. Tilsvarende sker det ofte, at man i psykiatrien ser rusmiddelbruget som det primære problem, og at rusmiddelbehandlingen derfor har den primære behandlingsforpligtelse. Dertil kommer, at man i psykiatrien – og særligt i børne- og ungdomspsykiatrien – ofte er tilbageholdende med at stille en diagnose for en psykisk lidelse, så længe der pågår et aktivt misbrug. Og da en diagnose for en psykisk lidelse er nødvendig for at få tilbudt behandling i psykiatrien, resulterer denne tilbageholdenhed i praksis 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 er, som der bør sættes ind overfor (Andersen, 2014). Endelig har den unge og de nære pårørende også deres perspektiv på problemets omfang, som ofte rækker længere tilbage og længere frem, end den behandlingsmæssige indsats, og ofte peger på udfordringer, der kræver andre hjælpeindsatser end de indsats, 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 indsatsen skal defineres og de konkrete opgaver skal 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 målet for samarbejdet ofte involverer flere indsatsområder og strækker sig over længere tid. Målet for den aktuelle indsats skal derfor løbende tages op og måske redefineres, hvorefter de konkrete opgaver igen skal afklares og koordineres. En vigtig del af samarbejdet er således denne løbende afklaring, som kræver, at samarbejdspartnere har mulighed for at mødes og vurdere, hvorvidt behandlingsforløbet forløber tilfredsstillende. I denne proces arbejder de forskellige indsats ofte ud fra forskellige tidsperspektiver. En velkendt udfordring er psykiatriens særligt rettede pakkeforløb med en klar opstart og afslutning på et behandlingsforløb, hvorimod rusmiddelcentre som del af den socialfaglige indsats ofte arbejder ud fra et længere tidsperspektiv, som involverer samarbejde med andre relevante aktører, så som jobcenter, kriminalforsorg og uddannelsesinstitutioner.

Har vi en oplevelse af at behøve hinanden i opgaveløsningen?

For unge med komplekse problemstillinger er der gennemgående brug for, at de specialiserede indsats arbejder sammen. Dette rejser spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for at sikre samarbejdet på tværs af indsats, så de specialiserede tilbud er koordinerede og hænger sammen, ikke mindst for de unge.

Forskellige fagligheder og forskellige institutioner har deres styrke i, at de er specialiserede og i stand til at løse nogle konkrete afgrænsede opgaver på en kvalificeret måde. Med den øgede specialisering, som præger ikke mindst sundhedsvæsenet, bliver dette i endnu højere grad tydeligt. Det betyder, at vi får en række institutioner, der er gode til at udrede og behandle fx psykiatriske problemstillinger, mens andre institutioner er gode til at udrede og behandle fx rusmiddelrelaterede problemstillinger. Hvis der er defineret en klar kerneopgave, prioriteres disse indsats nogle gange på bekostning af et mere helhedsorienteret sigte.

Dertil kommer, at de forskellige indsats og fagligheder kan være forskelligt hierarkisk placeret ift. hinanden. Enigheden om, hvad der skal gøres, udfordres ofte af hvem, der i sidste ende tager en beslutning eller står med behandlingsansvaret. Psykiatrien, som er et lægevidenskabeligt speciale, har traditionelt trukket på den prestige og autoritet, som forbindes med lægevidenskaben. I det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde har dette ofte betydet, at psykiatrien og de personalegrupper, der kommer herfra, har haft det afgørende ord ved spørgsmål om prioritering af, hvilke indsats og foranstaltninger, der skal iværksættes. Det er fx gennemgående, at fagpersoner fra andre (socialfaglige) baggrunde og sektorer ofte oplever, at de i høj grad må indordne sig under det sundhedsvidenskabelige paradigme, som

ofte kan stritte imod deres forståelse af, hvilke faktorer og livsområder, som det er vigtigt at prioritere i behandlingsforløbet og bedringsprocessen.

Ift. unge med dobbeltdiagnose medfører prioritering af specialområder og hierarkier, at det ofte er familierne selv, der oplever at have ansvar for at koordinere både indsatser og kontakt med de involverede fagpersoner. Forældrene, der har deltaget i Alliancen, beskriver for eksempel, at de stort set ikke har mødt nogen fagpersoner, som konkret har fortalt, at de har samarbejde og koordinering som deres primære opgave. For nogle forældre vil opgaven som tovholder dog ofte ændre sig over tid; dels vil der være nogen forældre, der på sigt ikke magter det, og dels vil der være nogen der, når de unge bliver myndige, ikke længere får lov til at varetage en sådan funktion, enten af de unge selv eller af hjælpesystemerne. Det er derfor en markant udfordring, at forældre stadig i høj grad oplever, at det er deres ansvar at opbygge samarbejde og koordinere indsatser ift. relevante tilbud og hjælpesystemer.

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 man så at sige har 'vendt bøtten om', og starter med at afklare de aktuelle rammer for opgaveløsningen, før problemerne og den videre håndtering af dem 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, både ift. misbrug og psykisk lidelse, og hen ad vejen afklarer behandlingsbehov, samt hvem der skal varetage dem.

Netop fordi rusmiddelbrug og psykisk lidelse ofte ikke kan defineres som klart afgrænsede problematikker, er det en god tommelfingerregel (og en pragmatisk tilgang) at tage højde for, at der er tale om flere kombinationsmuligheder, og i samarbejde med barnet/den unge fokusere på indsatser, der støtter op om bedring af trivsel, funktionsniveau og reduktion af belastningsgrader fra opstart i behandling.

Nogle af de vellykkede projekter var kendetegnede ved, at medarbejderne fra de forskellige sektorer mødtes regelmæssigt, og på disse møder havde mulighed for at arbejde sig hen imod en fælles forståelse af problemerne, samt hvordan de forskellige indsatser kunne understøtte hinanden. Et afgørende punkt i at skabe en fælles forståelse har derudover været fokus på betydningen af at inddrage de unge selv, samt evt. deres pårørende. Derudover har de fælles møder også haft den funktion, at medarbejderne fra de forskellige sektorer fik kendskab til hinandens indsatser og respekt for hinandens faglighed.

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 man som fagprofessionel har forståelse for vigtigheden af, at den unge og de pårørende høres og inddrages fra start til slut.
- 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.

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, 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 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 for samarbejdet, 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 samarbejdskonflikter, 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 lykkes, at tovholder- eller koordinatorfunktion prioriteres, som man fx har gjort på dobbeltdiagnoseområdet i Region Syddanmark (se også baggrundsartikel: *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.

Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

Unge ramt af både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler falder ofte mellem flere stole, når de har brug for hjælp.

Derfor har **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose** i 2018-19 undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier. Alliancen er igangsat og støttet af Helsefonden, og består af unge og forældre med personlige erfaringer samt af forskere og fagpersoner med viden og praktisk erfaring fra området.

Denne artikel er én blandt flere baggrundsartikler, der er skrevet som opsamling på Alliancens arbejde. Essensen af baggrundsartiklerne er samlet i Alliancens Grønbog, der er udgivet som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.

Grønbog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

- www.dobbeltdiagnose.net
- www.spuk.dk
- www.pihl-inklusive.dk

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., Bjønness, J., Herold, M. (2019): *Forløb til forældre til unge med psykisk lidelse og rusmiddelproblem*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

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 Bjerger & Esben Houborg. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.

Thylstrup, B. og K. S. Johansen (2019): *Hvad har vi lært af 15 års projekter på Dobbeldiagnoseområdet?* Oplæg præsenteret på konferencen 'Meeting the Dragon', juni 2019.