

ALLIANCEN

UNGE MED
DOBBELTDIAGNOSE

Grønbog om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder
og samtidigt problematisk brug af rusmidler
- oplæg til høring på Christiansborg den 20. november 2019

INDHOLD

Forord	3
Indledning.....	5
01 ALLIANCENS ANBEFALINGER	6
”Frygten, for at hun pludselig er borte, er som en hård brændende knude i maven”.....	8
02 HVEM ER DE UNGE MED DOBBELTDIAGNOSE?	10
”Får du styr på det psykiske, bliver dit misbrug også mindre”.....	18
03 HVOR MANGE UNGE HANDLER DET OM - OG HVAD KOSTER DET?	20
”Min søn er blevet fejlbehandlet – og det har kostet både ham, familien og samfundet alt for dyrt”	24
04 HVAD ER PROBLEMET - SET MED DE UNGES OG FORÆLDRENES ØJNE?	26
”Jeg var så heldig at møde nogen i systemet, der forstod mig.”	30
05 HVORFOR FALDER DE UNGE MELLEM FLERE STOLE?	32
Om Alliancen	50

Oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.
Udgivet oktober 2019 af **Alliancen – unge med dobbeltdiagnose og Helsefonden**.
Redigering: Susanne Pihl Hansen, Peter Jensen og journalist Monica C. Madsen.
Grafisk tilrettelæggelse: D-Grafisk, David Lund Nielsen.

Alle fotos i hæftet er modelfotos.
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: 978-87-993161-2-0

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 lave 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 tids nok.

Vi besluttede derfor – 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 med dobbeltdiagnose i tide.

Alliancens forslag og anbefalinger er samlet i denne Grønbog. Vi præsenterer dem også for politikere og andre interesserede på høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019. Vores ambition er, at høringen og denne bog bliver 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 godt og sundt liv.

Vi vil gerne takke alle bidragsydere til Grønbogen. 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



Denne Grønbog bygger på:

- Input fra Alliancens tre paneler: Ungepanelet, Forældrepanelet og Fagekspertpanelet
- Interviews med unge og forældre med personlige erfaringer
- Baggrundsartikler skrevet af fagpersoner og forskere fra Alliancen.

Baggrundsartikler kan frit downloades her:

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



En grøn bog er et diskussionsgrundlag, der analyserer spørgsmål og angiver mulige løsninger. Formålet er at skabe debat og dialog, som kan danne grundlag for konkrete initiativer til styrkelse af et givent område.

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. Som en af forældrene i Alliancens Forældrepanel formulerer det: *"Det er som at have benzin og tændstikker mellem hænderne på samme tid!"*

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 alvor-

lige problemer, samt mobilisere overskud til at være der for resten af familien.

Som en af forældrene i Alliancen formulerer det: *"Belastningen er meget mere end dobbelt: 1+1 er meget mere end 2, men hjælpen er nærmest lig nul, når ens barn både har et misbrug og en psykisk lidelse."*

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 henover de forskellige sektorer og ansvarsområder, kan de unge – og deres familier – få den hjælp, de har brug for.

Alliancens overordnede budskab er derfor, 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

01

ALLIANCENS ANBEFALINGER

De unge er en særlig målgruppe, fordi:

De befinder sig midt i opstartsfasen af deres voksenalder, med alt hvad det indebærer af ungdomsliv, uddannelse, frigørelse, dannelse af egen identitet osv. En skæv udvikling her har store konsekvenser langt ind i voksenlivet. Tid er en meget vigtig faktor, og selv korte perioder uden relevant hjælp kan have uoprettelige konsekvenser ift. skole, uddannelse, arbejde, social identitet m.v.

De er en del af en familie, som også belastes: Forældrene oplever fx magtesløshed, sorg, skyld og skam. Søskende oplever fx bekymring, voldsomme episoder og forældrenes manglende overskud. Både forældre og søskende oplever perioder med sygemeldinger og stress – familiernes trivsel og hverdagsaktiviteter belastes voldsomt.



Psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler er en brandfarlig cocktail. Det er som at have benzin og tændstikker mellem hænderne på samme tid!

Far til ung mand på 20 år og med i Forældrepanel

Alt for mange unge – og deres forældre og søskende – får ikke tilstrækkelig og rettidig hjælp. Det er et problem, der har store konsekvenser for den unge selv, for familierne – og for samfundet.

Derfor anbefaler Alliancen:

- At de unge og deres familier skal have relevant og samtidig hjælp i både psykiatri og rusmiddelbehandling – og i andre hjælpesystemer, når der er behov for det.
- At de unge skal mødes med et ungesyn, der tager udgangspunkt i hele den unge: Vi skal ikke løse problemerne *for* de unge, men *sammen med* dem.
- At alle medlemmer af de unges familiesystemer skal have mulighed for at få hjælp.
- At de unge og deres familier tilbydes ekstra støtte i særligt belastede perioder, fx i form af praktisk hjælp til hverdagen, økonomisk støtte til orlovsperioder, særligt samarbejde om udeboende børn og psykologhjælp til forældre, søskende og andre nære pårørende.

Problemerne er mere end dobbelte, men hjælpen er ikke. Ingen personer eller systemer kan løse udfordringerne alene – det er et fællesskabsanliggende: Vi har alle et ansvar. Vi kan ikke bare slå nye organisatoriske streger eller lave nye kasser, som de unge skal passe ind i. De unge og deres familier skal opleve, at hjælpen er tilgængelig, integreret og sammenhængende.

Derfor anbefaler Alliancen:

- At der udarbejdes fælles nationale retningslinjer, der sikrer sammenhæng på tværs af sektorer, og som tager udgangspunkt i løsninger, der er tilpasset den enkeltes behov, fx med inspiration fra de amerikanske retningslinjer.
- At retningslinjerne indeholder et overordnet princip om 'No Wrong Door' – ligegyldigt, hvor de unge og deres familier henvender sig eller bliver opdaget, skal de opleve sig mødt og hjulpet – eller hjulpet videre til relevant hjælp.
- At der etableres et kompetencecenter for unge med dobbeltdiagnoser, fx med inspiration fra 'Nasjonal Kompetansetjeneste' i Norge. Kompetencecentret skal organisatorisk forankres på tværs af relevante ministerier, styrelser og sektorer og skal inddrage dem, det hele handler om: de unge og deres forældre. Kompetencecentret skal have ansvar for:
 - > at igangsætte og formidle de politiske visioner fra retningslinjerne
 - > at yde støtte til implementeringen af retningslinjerne, både regionalt og kommunalt
 - > at stå for systematiske afprøvninger af særlige problemfelter, fx forløbskoordination.

- At der på praktikerniveau sikres:
 - > Relevant uddannelse/viden i normalsystemerne om begyndende psykiske problemer og rusmiddelproblemer, herunder systematiske screeningsværktøjer
 - > Relevant uddannelse/viden på det specialiserede socialområde og på det psykiatriske område, herunder systematiske screeningsværktøjer, fælles retningslinjer for udredning samt overblik over tilgængelige indsatser på tværs af sektorer.

Der er brug for hjælp også efter behandlingsindsatsen. De unge, der er kommet ud på den anden side af behandlingsindsatsen, skal have et tilbud om efterværn, der gives i form af individuel støtte, gruppestøtte og/eller støtte til at indgå i gode, sunde fællesskaber.

Derfor anbefaler Alliancen:

- At efterværnet skal fremgå af de fælles retningslinjer og skal være en del af den udvikling, som understøttes af Kompetencecentret. Målet er at sikre, at viden og metoder i arbejdet formidles til praktikere i regioner og kommuner.
- At efterværnet både kan gives som individuel støtte, som gruppestøtte og som støtte til at indgå i gode sunde fællesskaber.
- At der gives lovhjemmel til denne støtte, som det kendes fra døgnanbringelsesområdet (Servicelovens §76).

”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 ungepsykiatrien. 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. Hun 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 selvmordstrusler.

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 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 ungepsykiatrien: 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 alvorligt. 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 blev tilbudt et borderline-forløb. Men det blev aldrig fuldført, fordi terapeuten blev syg, og hospitalet afviste at hjælpe hende på anden måde, indtil hun var ude af sit misbrug. Og en bevilling om støttekontaktperson er netop blevet trukket tilbage, da kommunen har opdaget, at hun ikke har en fast bopæl.

”

Det eneste, jeg er god til, mor, det er at tage stoffer

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.”*

02

HVEM ER DE UNGE MED DOBBELTDIAGNOSE?

Unge med dobbeltdiagnoser er unge, som har brug for hjælp fra forskellige hjælpesystemer på én gang, fordi de har psykiske vanskeligheder, et problematisk brug af rusmidler og ofte også mange andre problemer, fx problemer med skole/uddannelse, økonomiske problemer, sociale problemer.

Det er en stor udfordring at få koordineret indsatsen mellem fx psykiatri og rusmiddelbehandling, og mange af de unge får derfor ikke den hjælp, de har brug for: Alt for mange unge falder mellem flere stole.

Derfor er der behov for, at vi får en fælles forståelse for, hvem de unge er, og hvad de har brug for.

En fælles forståelse af de unge med dobbeltdiagnose

Hvem er de unge? Først og fremmest er de unge mennesker, der står midt i en særlig og afgørende livsfase, hvor de er i gang med at danne deres identitet og finde deres personlige fodfæste og retning i livet i forhold til uddannelse, arbejde og alt det andet, der hører til et ungdomsliv.

Derudover har de både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler – og ofte også mange andre problemer. Mange har allerede som børn følt sig anderledes, og de fleste oplever i puberteten større problemer end deres jævnaldrende, både følelsesmæssigt, adfærdsmæssigt og socialt. Samtidig er puberteten ofte en tid, hvor de stifter bekendtskab med rusmidler og opdager, at rusmidler (alkohol, hash og andre psykoaktive stoffer) også kan bruges til at



'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.



håndtere følelser og problemer, og til at give adgang til sociale fællesskaber, hvor de føler sig accepteret.

De unge med dobbeltdiagnoser befinder sig derfor i en ekstrem sårbar situation, hvor de har **brug for hjælp fra flere forskellige hjælpesystemer på én gang**.



Eksp 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*)

Får de ikke den rette hjælp og støtte i tide, har det ofte store og alvorlige konsekvenser – både for de unge selv, for deres familie og for det øvrige samfund: De unge, der ikke gribes, spilder vigtige år i deres udvikling og risikerer at komme så skævt ind i deres voksenliv, at de udvikler et massivt og vedvarende behov for hjælp og behandling fra psykiatri, rusmiddelbehandling mm.

Derfor er det vigtigt, at vi tilbyder de unge relevant hjælp, mens deres muligheder for at komme sig er størst. Det kræver, at vi forstår og er enige om, at:

- De unge er forskellige – alle passer ikke ind i én kasse
- Problemerne er komplekse – der er ingen enkle løsninger
- De unge skal mødes som unge.

De unge er forskellige - alle passer ikke ind i én kasse

Fra forskningen ved vi, at mange unge (og voksne) med et problematisk brug af rusmidler også har psykiske problemer:

- Psykiske vanskeligheder kan medføre et problematisk brug af rusmidler.
- Problematiske brug af rusmidler er forbundet med mistrivsel hos unge, som med tiden kan udvikle sig til psykisk lidelse.
- Kombinationen af problematisk brug af rusmidler og psykiske vanskeligheder dækker over et bredt felt af unge: Fra unge med lettere psykiske vanskeligheder til unge med svære psykiske lidelser.

- Der er en direkte sammenhæng mellem udviklingen af psykiske vanskeligheder, problematisk brug af rusmidler og generel mistrivsel, som fx mobning, problematiske opvækstvilkår eller bolig- og uddannelsesproblemer.

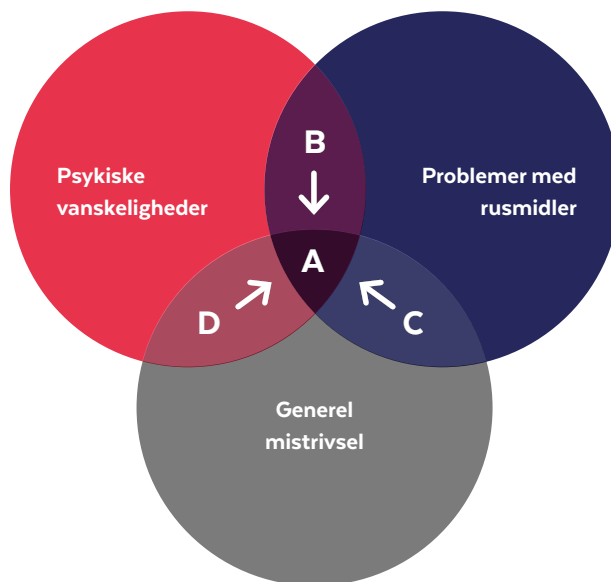
Unge med psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler er en meget sammensat gruppe. Når vi vurderer, hvordan vi kan hjælpe de unge, er vi derfor nødt til at tage afsæt i den enkelte unges belastningsgrad og funktionsniveau: En ung kan fx have et lille rusmiddelbrug, men alvorlige psykiske vanskeligheder og mistrivsel. Samtidig kan belastningen svinge op og ned i perioder. Får den unge fx alvorlige trivselsproblemer i skolen, kan det forværre både de psykiske vanskeligheder og det problematiske brug af rusmidler.

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

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 fx hjemløshed,

Figur 1



ikke-succesfuld anbringelse, skole/uddannelses-dropout, arbejdsløshed eller traumatiske oplevelser som overgreb eller vold.

- **Ung B** har *psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler*, men trives tilsyneladende ok med det: Fx en 17-årig dreng 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.



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 mestringssevner ift. sociale relationer og håndtering af vanskeligheder
- Opvækst med tryghed, støtte 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 Forebyggelses-pakke: Stoffer, Sundhedsstyrelsen, 2018



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, ekskluderer 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)

Problemerne er komplekse - der er ingen enkle løsninger

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

Set med den unges øjne hænger problemerne imidlertid 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 løsningen på nogle af deres problemer. For den unge kan hjælpesystemernes tendens til at opsplitte 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 (fx rusmiddelbehandlingen).

Problemernes kompleksitet kræver derfor, at mange forskellige hjælpesystemer arbejder sammen og koordinerer deres indsatser. 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 ung og dennes familie.

”

Det er ekstremt hårdt for os alle, at vores hjem ikke længere er en tryk base, men et sted hvor vi er i konstant alarmberedskab. Anton går amok, hvis han føler, at vi presser ham for meget – han tåler simpelthen 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 kan 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.

Mor til ung mand på 17 år og med i Forældrepanel



”

Det er underligt, at du generelt i systemet møder en masse folk, der tror, at de ved, hvad du har brug for som ung – hvorfor lytter de ikke på, hvad du rent faktisk siger, og tager udgangspunkt i det?

Ung kvinde, 23 år, og med i Ungepanel

De unge skal mødes som unge

Når vi udvikler tilbud til unge med dobbeltdiagnose, er det vigtigt, at vi er opmærksomme på de unges særlige situation:

De er på vej fra barndom til voksentilværelse. Mange har endnu ikke fået uddannelse, job eller egen familie, og de er alle i gang med at etablere sig selv i livet og skabe deres egen identitet. Mange af de unge er måske heller ikke grundigt udredt for deres psykiske lidelser, og de har måske ikke erkendt, at deres brug af rusmidler er problematisk. Kort sagt befinder de sig i en livsfase, hvor meget fortsat kan ske – dvs. hvor der stadig kan skabes plads til drømme, håb og positive forventninger til livet.

Derfor er det helt afgørende, at vi **først og fremmest møder dem som unge mennesker på vej**. Dvs.:

- At vi har *et helhedssyn* på den unge og den unges liv, hvor vi ser det problematiske forbrug af rusmidler som et symptom på den unges øvrige udfordringer og psykiske/socialt problemstillinger.
- At vi tager afsæt i *et udviklingssyn*, hvor vi ser den unge i *en fysisk, psykisk og social udviklings- og læringsproces*.
- At vi har fokus på *kontekst, rammer og relationer* omkring den unges liv. Det betyder, at vi i vores indsatser skal have fokus på strukturerne og rammerne omkring den unges hverdagsliv. Dvs. den unges familie, netværk, venner, bolig, skole, fritid og den unges særlige behov for omsorg og støtte fra betydningsfulde voksne.



Læs mere her:

Dette kapitel er baseret på baggrundsartiklen:

- *Unge med dobbeltdiagnoser – intro og forståelsesramme*, af Susanne Pihl Hansen, Sheila Jones og Hanne Dam.

Artiklen kan downloades her:

www.dobbeltdiagnose.net

www.spuk.dk

www.pihl-inklusive.dk

Øvrige kildehenvisninger:

- Pedersen & Pedersen (2019): *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen (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.
- Socialstyrelsen (2019): *Vidensportalen – Børn, unge og rusmiddelproblematikker*
- Sundhedsstyrelsen (2018): *Forebyggelsespakke: Stoffer*.
- Vind, Leif og Mads Uffe Pedersen, (2010): *Behandling og andre sociale indsatser, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

”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 kontaktpædagog 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 selvmordstankekerne 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 afgørende 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 kontaktpædagog mener, at det er vigtigt, at hun også får gjort noget ved hashen. Og 3 afslag og 14 måneder senere bevilger kommunen en delvis 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.

”

Får du styr på det psykiske, bliver dit behov for at tage stoffer automatisk mindre

"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.

03

HVOR MANGE UNGE HANDLER DET OM – OG HVAD KOSTER DET?

Der findes ikke en samlet opgørelse over hvor mange unge, der har psykiske vanskeligheder kombineret med et problematisk brug af rusmidler. Men vi kan få en fornemmelse af omfanget, hvis vi sammenholder de officielle tal fra Sundhedsstyrelsen med ny forskning fra *Center for Rusmiddelforskning, VIVE – det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd* samt *Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser i Region Hovedstaden*.

Hvor mange unge har et problematisk brug af rusmidler?

Mange danske unge har prøvet et eller flere rusmidler, inden de fylder 25 år (*Sundhedsstyrelsen, 2018*):

- 92 % af de unge på 15-16 år har prøvet at drikke alkohol.
- 41 % af de unge på 16-24 år har prøvet at ryge hash.
- 10,6 % af de unge på 16-24 år har prøvet andre illegale stoffer end hash.

Interessen for rusmidler daler generelt med alderen: De fleste unge nedsætter deres forbrug i takt med, at

de bliver ældre. Men ikke alle. Nogle unge udvikler i stedet et problematisk brug af rusmidler. Center for Rusmiddelforskning (*Pedersen m.fl., 2015; Pedersen m.fl., 2012*) estimerer, at:

- 16-17.000 danske unge på 15-24 år ryger hash hver dag/næsten hver dag (+20 dage om måneden).
- 19-20.000 danske unge på 15-24 år ryger hash hver dag/næsten hver dag og/eller bruger amfetamin, kokain, ecstasy og/eller andre illegale stoffer mindst 4 dage om måneden.
- Ca. 32.000 unge på 15-24 år drikker ugentligt mindst 35 genstande (mænd) /28 genstande (kvinder).

Hvor mange unge oplever psykiske vanskeligheder?

Stadig flere børn og unge oplever psykisk mistrivsel, ifølge de store undersøgelser af befolkningssundheden (*Sundhedsstyrelsen 2018b og c; Statens Institut for Folkesundhed, 2015*):

- 18,3 % af de unge på 16-24 år oplever, at de har et dårligt mentalt helbred.
- Ca. 20 % af skolebørn på 11-15 år oplever, at de har alvorlige problemer med psykisk mistrivsel.
- Ca. 15 % af alle børn og unge vil, inden de fylder 18 år, have været i behandling for en psykisk lidelse, som fx ADHD, angst eller depression.

Hvor mange unge har både en psykiatrisk diagnose og et problematisk brug af rusmidler?

Center for Rusmiddelforskning har set på sammenhæng mellem unges trivsel og brug af rusmidler i perioden 2014-2019 (Pedersen & Sevelsted, In press):

- 90.500 unge på 15-25 år er registreret i Landspatientregisteret med en psykiatrisk diagnose.

På baggrund af viden om unges brug af rusmidler og rusmiddelbehandlingstilbud til unge, estimerer Center for Rusmiddelforskning, at:

- 14 % af de unge med en psykiatrisk diagnose har haft et forbrug af cannabis/andre illegale rusmidler indenfor den seneste måned. Det svarer til ca. 12.600 unge.
- 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. Det svarer til ca. 6.400 unge.

Hertil kommer et ukendt antal unge, som ikke indgår i ovenstående estimat:

- Unge, der får udskrevet psykofarmaka af egen læge eller privatpraktiserende psykiater, og som ikke bliver registreret i Landspatientregisteret.
- Unge, der har et problematisk brug af alkohol.

Beregninger udført af Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri på baggrund af tal fra den Psykiatriske del af Landspatientregisteret 2002-2017 viser også, at et stigende antal unge med dobbeltdiagnose behandles i psykiatrien (*dobeltdiagnose defineret som kombination af afhængighedssyndrom, F1.x1, eller skadeligt brug, F1.x2, af rusmidler og en psykiatrisk diagnose i F-kapitlet*) (Mårtenssen, 2019):

- I 2017 blev 1.200 nye unge (incidente tilfælde) på 15-25 år med en dobbeltdiagnose behandlet i psykiatrien, enten på psykiatrisk skadestue, ambulansetjeneste eller via indlæggelse.
- Antallet af unge dobbeltdiagnosticerede 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.



”

Det er vigtigt at finde den rigtige psykolog, psykiater eller kontaktperson fra starten, så man ikke løber tør for tillid. Man har brug for en vigtig person, én der vil gøre noget ekstra, én som kan lide en, og én som også tør være personlig og privat – og ikke kun professionel.

Ung kvinde, 23 år, med i Ungepanel

Hvor mange unge er ramt af dobbelt-diagnoseproblematik - og hvad koster det?

På baggrund af disse tal vurderer Alliancen, at der i Danmark findes **mindst 6.400 unge under 25 år med dobbeltdiagnose**. Hertil kommer de unge, som får udskrevet psykofarmaka af egen læge eller privatpraktiserende psykiater, samt de unge, som har et problematisk brug af alkohol.

Hvis vi derudover også tager de unges forældre og søskende med ind i ligningen, er det rimeligt at antage, at **mindst 25.000 danskere er berørt af dobbelt-diagnoseproblematik blandt unge under 25 år**.

Fordi vi ikke ved, præcist hvor mange unge, der har en dobbeltdiagnose, er det svært at opgøre, hvad de samfundsmæssige omkostninger er – dvs. hvad det koster i kroner og øre at hjælpe de unge, og hvad det koster i manglende skatteindtægter på den lange bane.

VIVE har undersøgt de samfundsøkonomiske aspekter af borgere med samtidigt stofmisbrug og psykisk lidelse (*Benjaminsen m.fl., 2018*). Disse beregninger viser, at:

- Mennesker med dobbeltdiagnose mellem 18 og 39 år anslås i gennemsnit at have et træk på velfærdsydelserne på mellem 212.000 kr.-329.000 kr. pr. person pr. år.

Vi ved ikke, om den gennemsnitlige udgift for unge på 15-25 år er højere eller lavere, men vi ved, at en del af de unge, der ikke får en relevant behandlingsindsats på det rigtige tidspunkt, er i større risiko for at havne

i gruppen af ældre med dobbeltdiagnoser, og dermed – udover at være i risiko for at få et liv på kanten af samfundet – også er i risiko for at indgå i den gruppe af mennesker, som trækker cirka 5 gange så meget på velfærdsydelserne som normalbefolkningen.



Læs mere her:

Dette kapitel er baseret på baggrundsartiklerne:

- *Fakta om målgruppen*, af Peter Jensen og Solvej Mårtensen.
- *Rettigheder og hjælpesystemets opbygning*, af Peter Jensen og Trine Ry.

Artiklerne kan downloades her:

www.dobeltdiagnose.net

www.spuk.dk

www.pihl-inklusive.dk

Øvrige kildehenvisninger:

- Benjaminsen m.fl. (2018): *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*, VIVE.
- Mårtensen (2019): *Notat: Unge ml. 15 og 25 med dobbeltdiagnose i psykiatrien fra 2002-2017*, Kompetencecenter Dobeltdiagnoser, Region Hovedstaden.
- Pedersen & Sevelsted (in press): *Unge trivsel og brug af rusmidler fra 2014/2015 til 2019. En deskriptiv rapport*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen m.fl. (2015): *UngMap*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen m.fl. (2012): *Unge, der bruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Rasmussen, Pedersen & Due (2015): *Skolebørnsundersøgelsen – 2014*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Sundhedsstyrelsen (2018a): *Narkotikasituationen i DK – delrapport 1*.
- Sundhedsstyrelsen (2018b): *Danskerne Sundhed – Den nationale Sundhedsprofil, 2017*.
- Sundhedsstyrelsen (2018c): *Forebyggelsespakke – Mental Sundhed*.

”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 af-
fejlet 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 sko-

len, 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 lightergas 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 mellemtiden er Asgers rusmiddelbrug og funktionsniveau dog forværret, og efter 4 måneder udskrives Asger derfor igen.

Kommunen foreslår nu, 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.

”

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 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.”

04

HVAD ER PROBLEMET – SET MED DE UNGES OG FORÆLDRENES ØJNE?

I Alliancens Ungepanel og Forældrepanel har unge og forældre delt deres personlige erfaringer med de mange udfordringer, som hverdagen med en dobbeltdiagnose tæt inde på livet giver både de unge og deres familie.

Unge og forældre har også givet indblik i, hvor svært det kan være at få den nødvendige hjælp fra hjælpesystemerne, og de har sammen med praktikere og forskere drøftet, hvad der skal til for at løfte området.

Hvad er problemet for de unge? Og hvad fungerer (nogle gange)?

Helt overordnet har alle de unge oplevet, at det kan være svært at blive forstået på den rigtige måde – og at få hjælp overhovedet: Rigtig mange gange har de unge oplevet alvorlige bump *både* på vejen ind i hjælpesystemerne, og når de er kommet i behandling. Flere har desuden oplevet, at disse bump til tider har virket så uoverkommelige, at de er vendt om og har droppet at bede om hjælp, eller at de meget hurtigt har trukket sig væk fra hjælpetilbuddet.

De unge peger bl.a. på følgende problemer:

- Det er svært at få hjælp. Man skal være syg/behandlingskrævende på den 'rigtige' måde, så man passer ind i systemets kasser. Ellers bliver man sendt et andet sted hen, hvor det så viser sig, at man heller ikke passer ind.
- Det er svært få hjælp fra flere forskellige hjælpesystemer på én gang – og hvis man får hjælp i flere systemer på én gang, kan man være næsten helt sikker på, at de ikke taler sammen.
- Nogle gange forholder psykiatrien sig ikke til ens brug af rusmidler, og hvordan det indvirker på ens psykiske (mis)trivsel.
- Nogle gange har rusmiddelbehandlingen ikke nok fokus på ens psykiske vanskeligheder – det hjælper ikke kun at se på rusmiddelbrug, hvis man også har alvorlige psykiske problemer.
- Hjælpesystemerne har svært ved at håndtere, at man kan svinge: Fx kan man den ene dag have en følelse af, at det hele kører på skinner. Den næste dag gør det så absolut ikke.

- Man er nødt til at udvikle en "selektiv sandhed", dvs. tilpasse sandheden til dét, systemerne vil høre, sådan at den passer ind i deres kasser.

Når de unge har oplevet at få god hjælp i hjælpesystemerne, har det først og fremmest handlet om, at de er blevet mødt ordentligt:

- Det er godt at blive mødt som et ungt menneske – og ikke som 'en misbruger med en psykiatrisk diagnose'.
- Det er positivt at blive mødt af en fagperson, der vil gøre en forskel og noget ud over det sædvanlige.
- Det er godt at få hjælp til at håndtere sig selv og de situationer, som man kan komme ud i, på en 'almindelig måde'.
- Det er rart at blive mødt med almindelige spørgsmål, dvs. at blive mødt værdigt og i øjenhøjde.

Tiden efter behandling er særligt sårbar, ifølge de unge. Det er her, de for alvor skal ud at stå på egne ben igen – og der kommer både op- og nedture, som det ville være en stor hjælp at kunne dele med nogen for at undgå tilbagefald.

Nogle af de udfordringer, som de unge især mener, at det er vigtigt at være opmærksomme på i tiden efter behandling, er:

- Man hænger på diagnoserne. Når man først har fået en diagnose, så hænger den ved – indtil man får en ny udredning, men det er ikke sådan lige at få.
- Man føler ofte et stort tomrum og ensomhed, når man afslutter behandling.

- Man har ofte intet sikkerhedsnet: Hvis man igen får brug for hjælp, skal man tit starte helt forfra, og måske ovenikøbet i et nyt system, fx et voksen-system.



De unges anbefalinger

Gem jeres faglighed og forforståelse væk

– og mød os som mennesker

- Smid den faglige rygsæk om på ryggen – i stedet for at bære den på maven, hvor den støder os fra jer.
- Øv jer, og vær parate til at møde os, hvor vi er.
- I skal ikke tro, at I altid ved bedst.

Lyt til, hvad vi siger og gør

- Tag os alvorligt – uden at 'kvæle' os eller overtage styringen.
- Vis, at I magter at høre sandheden, som vi oplever den.
- Acceptér, at rusmidler og psykiske vanskeligheder er et sammenhængende problem for os.

Sørg for, at der er nogle ordentlige tilbud til os, både før, under og efter behandling

- Hjælp os, selv om vi ikke passer ind i kasserne.
- Handl hurtigere – selv få måneder er lang tid i et ungt liv.
- Tænk på tværs.

Hjælp os med at få et liv på 'normale' betingelser

- Fx steder, hvor vi kan møde andre, der har været i samme situation (og som ikke er terapi eller selvhjælpsgrupper).
- Fx en såkaldt 'normal' person, som bliver ved med at følge med i ens liv, og som man lige kan spørge eller få støtte fra, når man støder på små og store vanskeligheder i dagligdagen.

Hvad er problemet for forældrene? Og hvad fungerer (nogle gange)?

Forældrepanelet består af forældre til unge, der har/har haft alvorlige problemer med rusmidler og psykiske vanskeligheder. Alle forældre har været i kontakt med både normalsystemerne og specialiserede behandlingstilbud for at få hjælp til deres søn eller datter.

For alle forældre har det været en voldsom belastning at have et barn med dobbeltdiagnose, fordi det er så svært at få den rette hjælp. Stress, sygemeldinger og symptomer på depression eller PTSD rammer fx en del forældre.

Forældrene har også alle oplevet stor bekymring og afmagt, enorm frustration og vrede over, at hjælpesystemerne ikke kan/vil hjælpe godt nok, og en stor sorg over, at barnet ikke har klaret sig lige så godt

”

Min mand og jeg taler nogle gange om, at vores familie har post-traumatisk stress, bortset fra at det ikke er post.

Mor til ung mand på 17 år og med i Forældrepanel

gennem ungdomslivet som andre unge. Mange forældre føler også skam og skyld over ikke at kunne slå til.

Forældrene peger bl.a. på følgende problemer i deres kontakt med hjælpesystemerne:

- Der bliver ikke lyttet godt nok til hverken den unge eller forældrene: Mange forældre fik allerede tidligt en fornemmelse af, at noget ikke helt var, som det skulle være. Men det blev ikke taget alvorligt, eller det blev slået hen med en begrundelse om, at barnet nok bare var højt begavet eller havde almindelige pubertetsproblemer.
- Det er nødvendigt at have stor viden om muligheder og rettigheder: Forældrene oplever, at de selv er nødt til at sætte sig ind i lovgivning, hjælpesystemernes muligheder og deres barns rettigheder for at få den hjælp, deres søn eller datter har behov for.
- Der bliver ikke koordineret og samarbejdet godt nok mellem de forskellige hjælpesystemer: Meget ofte oplever forældrene, at de selv skal koordinere og insistere på samarbejds møder mellem de involverede parter.



- Der er en helt særlig udfordring omkring det 18. år: Fra den ene dag til den anden bliver den unge myndig, og forældrene har ikke længere ret til at følge med i, hvad der sker. Det er et problem, især hvis den unge stadig har brug for, at forældrene er med på sidelinjen.
- Der er ikke nok opmærksomhed på og hjælp til familien omkring den unge: Det er en voldsom belastning at være søskende til en bror eller søster, der har det meget skidt. Mange forældre har også personligt oplevet alvorlige belastningsreaktioner som stress og sygemeldinger. Uden at få nærværdig hjælp til hverken dem selv eller til de øvrige børn i familien.

Det er begrænset hvor mange gode oplevelser, som forældrene i Forældrepanelet kan pege på – deres søn eller datter har stadig ikke fået (tilstrækkelig) hjælp og slås forsat med mange alvorlige udfordringer. Men overordnet pegede forældrene på følgende:

- Det er en stor hjælp at møde en person i hjælpesystemet, som er oprigtigt interesseret i at hjælpe – og som handler på det. Det kan fx være en person, der sørger for, at de igangværende indsatser bliver koordineret. Eller at der bliver indkaldt til fælles møder, som sikrer, at både den unge og resten af familien får den støtte, de har brug for.



Forældrenes anbefalinger

Lyt til vores tidlige bekymring

- Tag os alvorligt og hjælp os med at få af- eller bekræftet vores bekymring.

Vær fleksibel og sadl om, når hjælpen ikke virker

- Når noget ikke virker, og hvis den unge stadig ikke trives, må I og vi gøre noget andet.

Tag professionelt ansvar og koordinér

- Sørg for, at der bliver koordineret mellem de forskellige parter – det er for hårdt, hvis vi også selv skal undersøge og insistere på at få den rette hjælp.

Aflast os – i stedet for det modsatte

- Vid, at det er en voldsom belastning, når ens søn eller datter er dobbeltbelastet. Støt os, i stedet for at lægge flere arbejdsopgaver over på os. Ellers går vi også ned.

Se behovet for hjælp til søskende og den øvrige familie

- Vid også, at det har store omkostninger for søskende at være en del af en familie, hvor en bror eller søsters problematikker fylder så meget. Der er brug for hjælp til søskende, så de ikke også går ned.



Læs mere her:

Dette kapitel er baseret på baggrundsartiklen:

- *Erfaringer fra det levede liv*, red. af Susanne Pihl Hansen

Artiklen kan downloades her:

www.dobbeltdiagnose.net

www.spuk.dk

www.pihl-inklusive.dk

”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 lykket 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. Efter et par år bliver hun dét, hun selv 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 kæ-

resten 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 rigtigt svært med, så hun går igen til egen læge, som sender hende videre til en misbrugskonsulent 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.

Det gør en kæmpe forskel for Amanda, at medarbejderne her møder hende i øjenhøjde. 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 om-*

stille 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.

”

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.

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."*

05

HVORFOR FALDER DE UNGE MELLEM FLERE STOLE?

PERSPEKTIVER PÅ INDSATSERNE FØR, UNDER OG EFTER

Alt for mange unge med dobbeltdiagnose falder mellem flere stole, når de har brug for hjælp fra flere hjælpesystemer på én gang.

Derfor har vi i Alliancen drøftet, hvad der skal til for at løfte indsatsen og sikre, at flere børn og unge får

hjælp i tide. Vi har sat fokus på, hvad der fungerer og ikke fungerer før, under og efter den behandling, som unge med dobbeltdiagnose tilbydes i dag, og har diskuteret behovet for fælles nationale retningslinjer, der går på tværs af sektorer og fagområder, se figur 2.

Figur 2

Førperspektivet:	Behandlingsperspektivet:	Efterværnspektivet:
Opmærksomhed <ul style="list-style-type: none">• Tegn• Adfærd• Fornemmelser• Viden• Forældrevenen• Børne-/ungeviden Screening <ul style="list-style-type: none">• Redskab(er)	Udredning Organisering <ul style="list-style-type: none">• Tværfagligt samarbejde• Forløbskoordination• Fælles mål for indsats(erne)	Fællesskaber Støtte <ul style="list-style-type: none">• Individuelt• Grupper

Retningslinjer: Indsætter for børn og unge med dobbeltdiagnose/-belastning

Behov for fælles nationale retningslinjer

Der er brug for fælles nationale retningslinjer, der kan definere og opstille mål for indsætterne før, under og efter behandling, og som kan sikre kvaliteten på tværs af regioner og kommuner.

Der eksisterer i dag i Danmark ikke fælles nationale retningslinjer for, hvordan vi skal møde og arbejde med unge, der rammes af samtidige psykiske vanskeligheder og problematisk brug af rusmidler. Det er et problem. Hvis vi vil sikre de unge den hjælp, de har behov for, er der brug for retningslinjer, som sætter rammer for samarbejdet og koordineringen mellem de mange forskellige fagpersoner, indsatsområder og sektorer, som er involveret.

Erfaringerne fra Alliancens Ungepanel og Forældrepanel er, at de unges problemer ofte forværres, fordi der ikke samarbejdes godt nok mellem de involverede aktører.

Når det alligevel til tider lykkes at etablere samarbejde på tværs af sektorer og behandlingsindsatser, er det ofte, fordi der opfindes lokale løsninger, som virker her og nu, eller fordi enkeltpersoner i behandlingssystemerne gør noget ekstra.

Men al erfaring viser, at det er helt utilstrækkeligt, hvis vi vil sikre, at alle unge med dobbeltdiagnose får den behandling, de har behov for.

Det er derfor nødvendigt, at vi udarbejder fælles nationale retningslinjer, som går på tværs af indsatsområder, sektorer og faggrupper. Så vidt Alliancen har kunnet undersøge, findes der heller ikke internationale retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose, men der er inspiration at hente bl.a. i de norske og amerikanske retningslinjer for voksne med dobbeltdiagnose (*SAMSHA, 2013 og Helsedirektoratet, 2012a*).

Alliancen anbefaler derfor, at de kommende danske retningslinjer skal tage udgangspunkt i 4 overordnede ambitioner for mødet med de unge og hjælpen til de unge og deres familier:

- Vi skal tage udgangspunkt i den enkelte unge, og give den unge – og familien – ret/pligt til at være en del af løsningen.
- Vi skal kunne identificere unges psykiske vanskeligheder og rusmiddelbrug tidligere.
- Vores indsatser og tilgange til de unge skal bygge på et særligt ungesyn, der tager udgangspunkt i den særlige livssituation, som de unge befinder sig i qua deres alder, og som også er opmærksom på forældre og nært netværk.
- Vi skal tilstræbe en fleksibel organisering, der tilgodeser den unges aktuelle behov – og som kan magte, at den unges behov kan skifte undervejs.

”

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.

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.

Mor til ung mand på 18 år
og med i Forældrepanel

FØR-PERSPEKTIV

Hvordan kan vi blive bedre til at opdage de unge tidligere?

Vi kan gribe flere børn og unge tidligere, hvis vi får mulighed for at screene i de institutioner, hvor børn og unge opholder sig til hverdag, og hvis psykiatri og rusmiddelbehandling får mulighed for at screene unge for dobbeltdiagnoser, når de kommer i behandling.

Derfor bør der udvikles screeningsredskaber, som er nemme at bruge for fagpersoner i børn og unges institutioner. Bliver man tidligt opmærksom på børn og unge med særlige udfordringer og sikrer, at de bliver udredt, kan behandlingssystemet og forældrene sætte ind i god tid, inden den unge risikerer at udvikle en dobbeltdiagnose-problematik.

Når de unge kommer i kontakt med psykiatri eller rusmiddelbehandling, bør de også screenes for dobbeltdiagnose for at sikre, at de unge får den rette hjælp, og for at deres behandling kan tilrettelægges mere optimalt og fleksibiltet.

De beretninger, som unge og forældre har delt i Alliancen, viser, at hjælpen ofte udebliver eller er utilstrækkelig, når børn og unge viser tegn på psykiske problemer og mistrivsel. Derfor går der tit alt for lang tid fra, at de unge og forældrene fornemmer, at noget er galt til et udrednings- og støtteforløb bliver sat i gang.

I Danmark har vi i dag ingen nationale retningslinjer for, hvordan man tidligt kan identificere psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos børn og unge. Men

det amerikanske sundhedsministerium, SAMSHA, har udarbejdet retningslinjer, som Alliancen anbefaler, at vi lader os inspirere af (SAMSHA, 2011).

Disse retningslinjer henvender sig til fagpersoner, der arbejder med børn og unge. De er udformet, så fagpersonerne hurtigt kan få information og konkrete anvisninger på, hvordan de kan identificere børn og unge, der har/er i risiko for at få psykiske problemer og rusmiddelproblemer.

De amerikanske retningslinjer har både overordnede anbefalinger på tværs af de forskellige indsatser, og specifikke anbefalinger inden for syv særlige fokusområder:

- Børn anbragt uden for hjemmet
- Børn i daginstitutioner (førskolealderen)
- Børn og unge i familiecentre, krisecentre og hjemløseherberger
- Unge på sikrede ungdomsinstitutioner og i ungdomsfængsel
- Børn og unge i det psykiatriske behandlingssystem og i rusmiddelbehandlingssystemet
- Børn og unge, der er i kontakt med praktiserende læge
- Børn og unge i skoler og skolefritidsordninger

Inden for hvert fokusområde kan man både screene for psykisk lidelse og problematisk rusmiddelforbrug, alt efter hvad der er relevant i forhold til aldersgruppen.



Det amerikanske sundhedsministerium har opstillet en aldersinddelt liste over risikofaktorer, der er relevante at have fokus på, når fagprofessionelle skal screene for psykisk lidelse og samtidig problematisk rusmiddelbrug. Listen er ikke et udtryk for, at fx 3-årige børn skal screenes for brug af rusmidler, men er en opstilling af faktorer, som vi ved kan være en risikofaktor ift. at udvikle et problematisk brug af rusmidler (SAMSHA, 2011)

0-5 år:

- Autisme
- Udviklingsforstyrrelse
- Hyperaktivitet
- Oppositionalitet
- Tilsknytningsforstyrrelse
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelse
- Separationsangst
- Traume som følge af omsorgssvigt
- Traume som følge af fysisk eller seksuelt misbrug

6-12 år:

- ADHD
- Depression og andre affektive lidelser
- Oppositionalitet
- Separationsangst
- Selvmordsforsøg
- Traume som følge af omsorgssvigt
- Traume som følge af fysisk eller seksuelt misbrug
- Brug af rusmidler

13-22 år:

- Angst
- Adfærdsforstyrrelse
- Depression og andre affektive lidelser
- Spiseforstyrrelse
- Skizofreni/psykose
- Problematiske brug af rusmidler
- Selvmordsforsøg
- Traume som følge af omsorgssvigt
- Traume som følge af fysisk eller seksuelt misbrug

BEHANDLINGSPERSPEKTIV

Hvordan sikrer vi de unge rettidig og effektiv behandling?

De unge skal udredes for dobbeltdiagnose, inden deres behandling sættes i gang, og der skal udvikles forskellige behandlingsmodeller, så både behandlingen og ansvaret for behandlingen kan tilpasses den enkelte unges særlige og skiftende behov. Derudover skal der udvikles koordinerende indsatsplaner og fælles mål, som sikrer et optimalt samarbejde på tværs af fag og sektorer, og som kan understøtte den unges motivation for at nå de opstillede mål.

En grundig udredning er alfa og omega

En grundig udredning er afgørende for en vellykket behandlingsindsats. Udredningen skal afdække den unges vanskeligheder og ressourcer, og dermed også mulige indsatser.

I dag oplever både psykiatrien og rusmiddelbehandlingen store udfordringer, når unge, der har psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, skal udredes – udfordringer, som mange beskriver som en gordisk knude:

Set fra psykiatriens side er hovedproblemet, at det er svært at stille en diagnose, når den unge bruger rusmidler, fordi effekterne af rusmidlerne kan forveksles med psykiatiske symptomer.

Set fra rusmiddelbehandlingens side er hovedproblemet, at den psykiatiske ekspertise ofte er begrænset

eller helt fraværende. Nogle rusmiddelcentre samarbejder med en psykiatrisk lægekonsulent eller den regionale psykiatiske afdeling, men det kan stadig være svært at få den unge udredt, fordi psykiatrien ofte ikke mener, at det er muligt at diagnosticere unge, som har et aktivt forbrug af rusmidler.

I nogle rusmiddelcentre, primært i de større byer, er det lykkedes at hugge denne gordiske knude over. Her arbejder man sammen på tværs af faglige kompetencer i længere udredningsforløb, og de diagnoser, man stiller, opfattes som hypoteser, der kan ændres i løbet af behandlingsforløbet.

Mange steder lykkes det imidlertid ikke at løse den gordiske knude, fordi den unge ikke har mulighed for at blive udredt i psykiatrien, før den unge er stoffri. Eller fordi rusmiddelcentret har svært ved at finde den rigtige rusmiddelbehandling, som tager højde for den unges psykiatiske problemer.

Resultatet er derfor ofte, at den unge og den unges familie ikke får den nødvendige og samtidige behandlingsindsats. Som konsekvens hænger mange unge med dobbeltdiagnose i årevis fast i en ubehandlet psykiatrisk lidelse kombineret med et problematisk brug af rusmidler, med deraf følgende konsekvenser for ungdomsliv, skolegang osv.



Jeg får en opfattelse af, at de har en maskine, som de kan bruge til at måle, og her er der en fejlkilde, som gør, at de ikke kan måle, så må de få fejlkilden væk, så maskinen kan bruges. Men det er os, vores søn og os, der skal sørge for, at deres maskine kan måle. Det er ikke deres problem. Fejlkilden er hashen, men han kan jo ikke bare holde op.

Far til ung mand på 20 år og med i Forældrepanel

Alliancen mener derfor, at der skal gøres en indsats for at sikre, at alle landets unge med dobbeltdiagnose får adgang til relevant udredning og efterfølgende behandling, selvom de pt. har et problematisk brug af rusmidler. I dag er rusmiddelproblematikken direkte blokerende for, om unge med dobbeltdiagnose får et relevant behandlingstilbud, og det er derfor en central problematik, som skal løses.

I Norge har man i flere år haft særligt fokus på dobbeltdiagnose-problematikken, og man har udarbejdet fælles faglige og nationale retningslinjer for udredning, behandling og opfølgning til mennesker med dobbeltdiagnoser (*Helsedirektoratet, 2012*). I følge de norske retningslinjer kan diagnoser stilles under eller lige efter ophør af rusmiddelbrug, men diagnosen skal derefter revurderes over en 4-ugers periode, hvor den diagnosticerede ikke bruger rusmidler. Målet er dels at sikre, at man giver den rigtige behandling, og dels at undgå, at diagnoser, der bliver stillet på et forkert grundlag, kommer til at følge personen efterfølgende.



En diagnose er både et stempel og en nøgle, der åbner nye muligheder. For det kommunale system er indrettet sådan, at det kun er muligt at komme ind i en specialklasse, når man har en diagnose. Uden diagnosen er specialklassen lukket land. Derfor er diagnosen din adgangsbillet til en ny normalitet: 'Før var det bare dig, der skulle tage dig sammen, men nu, hvor du har fået din diagnose, vil vi gerne hjælpe dig og give dig dit og dat, og tale ordentligt til dig.

Mor til ung mand på 17 år og med i Forældrepanel



Nogle gange har jeg fortrudt, at vi ønskede en diagnose og sagde ja til, at vores søn til sidst fik den, for dét, der skulle have været en hjælp, er blevet en forhindring for noget andet. Vi er kasterbold mellem systemer, der ikke griber. Det her forløb er uden tvivl det hårdeste, jeg har oplevet i mit liv: At se min fantastiske søn, der havde alle mulighederne, langsomt forsvinde for øjnene af mig.

Mor til ung mand på 18 år og med i Forældrepanel

Organisering på tværs - problemerne hænger sammen

Det er vigtigt at være opmærksom på, at diagnoser i sig selv ikke er en garanti for, at den unge og familien får den hjælp, de har brug for: Det er afgørende, at fagpersonerne i behandlingssystemerne påtager sig ansvaret for at sikre, at de unge får den rette støtte.

Selv om den unge bliver grundigt udredt og kommer i behandling, er den behandling, der bliver iværksat, ikke altid målrettet netop denne unges særlige vanskeligheder og ressourcer, og der sker langt fra altid en koordineret behandling af den unges samlede problemkompleks: Hjælpesystemerne betragter ofte den unges psykiske vanskeligheder, rusmiddelbrug og problemer med skolen som tre forskellige og adskil-

te problemer, der skal løses i hver sin sektor. De unge – og deres forældre – oplever dog at problemstillingerne hænger uløseligt sammen. Når en ung fx ryger hash dagligt, kan det være en strategi til at håndtere den angst og uro, som skyldes den unges psykiske vanskeligheder og sociale udfordringer i forhold til at kunne fungere i et almindeligt ungdomsliv og passe sin skole osv.

Hvis hjælpen og behandlingen faktisk skal nytte, skal samarbejdet mellem medarbejderne i de forskellige sektorer derfor være så tæt, at det fremstår som en samlet indsats for de unge og familien. Der skal arbejdes med den unges forskellige vanskeligheder sideløbende, og indsatserne skal koordineres, så de ikke modarbejder hinanden.

En så velkoordineret hjælp tilbydes langt fra i alle landets kommuner i dag.

Set med de unges og deres familiers øjne er det derfor ikke kun den unges problemer i sig selv, der gør deres sag kompleks, men også systemets tendens til at opsplitte problemerne og behandle dem som enkeltstående problematikker, uden forståelse for den kontekst, de indgår i, og hvordan de påvirker hinanden. (*Andersen og Bengtsson, 2019*).

Det er afgørende at møde unge ud fra en helhedsorienteret tilgang, hvor deres problemer behandles samlet og samtidigt, og hvor man stræber efter at tilbyde de unge rettidig hjælp. Dvs. en hjælp, som er tilpasset den enkelte unge, og som tilbydes på det rette tidspunkt – med respekt for at den unges behov kan ændre sig over tid.



Hvilken behandlingsform er bedst egnet?

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

- *Integreret behandling*, hvor de psykiske vanskeligheder behandles *samtidig* med de rusmiddelrelaterede vanskeligheder, under samme organisatoriske set-up.
- *Parallel behandling*, hvor de psykiske vanskeligheder behandles *sideløbende* med de rusmiddelrelaterede vanskeligheder. Ofte i forskellige og uafhængige organisatoriske set-ups, fx splittet op mellem kommunal rusmiddelbehandling og regional behandlingspsykiatri. Disse parallelle forløb kan være mere eller mindre koordinerede.
- *Sekventiel behandling*, hvor fx de psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder bliver behandlet i *forlængelse af hinanden*. Ofte med et krav om, at

de rusmiddelrelaterede vanskeligheder skal være færdigbehandlede (= den unge skal være stoffri), før der kan igangsættes udredning, stilles diagnoser og sættes en behandling i gang af de psykiske vanskeligheder.

Hvilken behandlingsmodel, der er bedst til unge med dobbeltdiagnoser, er endnu ikke undersøgt i Danmark, men internationale retningslinjer og forskning på området anbefaler integreret behandling som den mest optimale indsats til voksne med dobbeltdiagnoser, mens sekventiel behandling ikke anses for egnet til målgruppen (SAMSHA, 2011 og 2013; Frederiksen m.fl., 2019).

I Alliancens arbejde er det imidlertid blevet klart, at den integrerede behandling som generel behandlingsmodel vil have vanskelige vilkår herhjemme,

pga. den danske opbygning af behandlingssystemerne. Det er der flere grunde til. I Alliancen har vi især haft opmærksomhed på:

- At mange unge med dobbeltdiagnose ikke definerer ikke sig selv som så psykisk syge, at behandlingstilbuddet skal ligge i psykiatrien – omvendt er en del andre unge så psykisk syge, at det ikke giver mening, at deres tilbud skal ligge andre steder end i psykiatrien.
- At der mange steder i landet er så spinkelt et befolkningsunderlag, at der ikke kan oprettes specialiserede tilbud målrettet unge med dobbeltdiagnoser – samtidig med at det heller ikke er løsningen kun at lave behandlingstilbud i de store byer, fordi det vil give så lange transporttider, at det rent praktisk vil være en barriere for en del unge.

Derfor er det værd at se på, hvordan de eksisterende systemer kan spille sammen om en behandling, hvor der – alt efter problemniveau – arbejdes med parallelle og integrerede indsatser.

Her er der inspiration at hente fra USA. Det amerikanske sundhedsministerium, SAMSHA, anbefaler

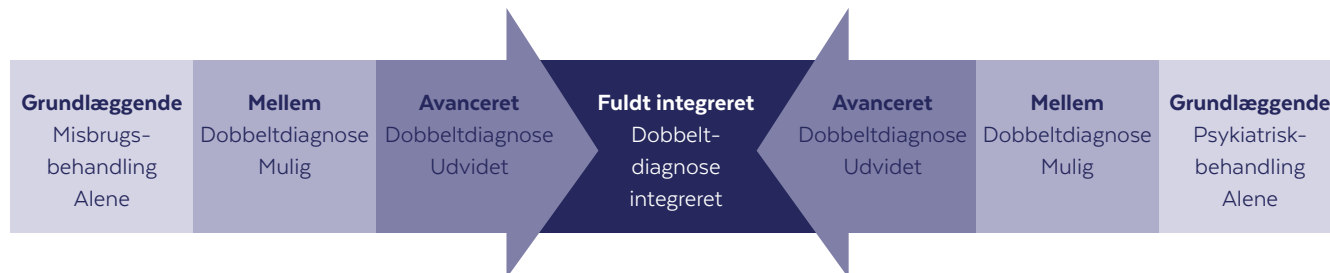
fortsat integreret behandling til den mest belastede del af målgruppen, men siden 2013 har man samtidigt peget på behovet for at finde nye og mere pragmatiske måder at organisere behandlingen på, så andre end de mest belastede kan få en kvalificeret behandling, selv om der ikke er tale om fuld integration.

Se figur 3. (SAMSHA, 2013: 44, vores oversættelse)

De amerikanske retningslinjer opererer med fire niveauer:

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

Figur 3



Modellen anerkender behovet for at samarbejde om screening og udredning samt for at arbejde samtidigt med forskellige problemstillinger.

Modellen rummer samtidig muligheden for, at indsatserne kan placeres i den behandlingssektor, der er mest relevant – fx der, hvor den unge allerede har en god kontakt med behandlerne.

Når vi i Alliancen har set på, hvilke lokale erfaringer omkring samarbejde, der er etableret i nogle dele (men bestemt ikke alle dele) af landet, så handler disse erfaringer ofte om netop screening og udredning, og om samarbejde under behandlingsindsatsen, på tværs af fagligheder.

Forløbskoordination og koordinerende indsatsplaner styrker samarbejdet

Et vigtigt redskab til at sikre voksne med dobbeltdiagnose en sammenhængende indsats er forløbskoordination og koordinerende indsatsplaner, som er en del af Sundhedsaftalen (*Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014*).

Formålet med dette styringsredskab er at sikre, at der sker en koordinering af de forskellige sektors indsats, sådan at behandlingsindsatserne hænger sammen på tværs af psykiatri, rusmiddelbehandling og andre hjælpesystemer.

I praksis fungerer indsatsplanerne derfor som en samlende plan, der sikrer, at alle ved, *hvad* der skal arbejdes med, og *hvem* der ansvar for de enkelte delopgaver.

Når indsatsplanerne virker, understøtter de bl.a. fremdriften i behandlingen og giver bedre muligheder for at tænke langsigtet. Der er imidlertid en række problemer ved indsatsplanerne, som endnu ikke er løst. Det drejer sig bl.a. om initiativpligten, hvornår borger og pårørende bliver inddraget i planen, og hvordan planen fastholdes i forhold til borgere med en kaotisk hverdag, hvor langsigtede planer konstant skal revideres (*Buch & Petersen, 2017*).

Udover disse organisatoriske og faglige vanskeligheder, er et helt centralt problem, at de koordinerede indsatsplaner indtil nu kun har vist sig at fungere ganske få steder i landet.

I Region Syddanmark er der udviklet en egentlig model for forløbskoordination og koordinerede indsatsplaner, hvor forløbskoordinatorerne er ansat i psykiatrien, og hvor alle patienter får en koordinator, også unge under 18 år. Dét, at en konkret person har ansvaret for at etablere de koordinerede forløb og udarbejde koordinerende indsatsplaner, har betydet, at planerne her bliver brugt. Især i de større kommuner, som har deres eget rusmiddelcenter, har det givet et bedre samarbejde om de unges behandling, mens samarbejdet stadig halter i de små kommuner.

Hvis forløbskoordination og koordinerende indsatsplaner i fremtiden skal være en del af rygraden i det danske behandlingssystem til unge med dobbeltdiagnose, er det Alliancens opfattelse, at redskabet skal udvikles, beskrives og evalueres på nationalt plan. Redskabet bør indskrives i de nationale retningslinjer, og der bør støttes op om implementering af redskabet i praksis.

Fælles mål giver bedre fremdrift

For at hjælpe unge med dobbeltdiagnose bedst muligt, skal psykiatri og rusmiddelbehandling arbejde tæt sammen om indsatserne med hver deres perspektiv og faglighed – og der vil ofte også være behov for at inddrage andre fagområder og myndigheder.

Alliancen har undersøgt, hvordan målene for de forskellige indsatser spiller sammen, fordi indsatsernes succes ofte afhænger af, om alle arbejder mod samme mål.

Målene i de forskellige hjælpesystemer omkring de unge er meget forskellige: Rusmiddelbehandlingen har ofte fokus på, at brugen af rusmidler skal reduceres eller ophøre; psykiatrien har typisk fokus på, at den unges psykiske lidelse enten bedres, eller at den unge bliver symptomfri; kontanthjælpssystemet har ofte fokus på, at den unge skal i uddannelse eller være selvforsørgende, mens børne- og ungesystemet (under 18 år) er fokuseret på udviklingsperspektivet.

Hvert mål er isoleret set rigtig fornuftigt, set ud fra det enkelte systems rationale. Men de forskellige mål kan spænde ben for hinanden. Og i værste fald kan de forskellige indsatser ende med at modarbejde hinanden og dermed modarbejde, hvad der er gavnligt for den unge og den unges familie.

Derfor er det afgørende, at de forskellige systemer er enige om målene og om hvilke indsatser, der skal iværksættes for at nå målene.



Ønskescenariet er, at rusmiddelbehandling OG psykiatri OG kommune kunne samarbejde – uden at forældrene skal være tovholdere, og uden at forældrene skal være dem, der trækker i alle snorene og skal ringe og rykke og trygle og tigge og bede!

Mor til ung kvinde på 23 år og med i Forældrepanel

Det er også en helt central forudsætning, at den unge og familien er enige i målene – og at de så vidt muligt selv definerer målene og er enige i, hvilke udviklings- og behandlingstiltag, der skal føre til målene.

Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at hvis den unge skal indgå i et samarbejde om at nå målene, skal de være konkrete, og deres indhold skal være rettet mod, at den unge får et bedre hverdagsliv, så den unges motivation understøttes bedst muligt. Sådanne hverdagslivsmål udelukker ikke, at der kan være forskellige behandlingsmål. Det afgørende er, at behandlingsmålene understøtter hverdagslivsmålene.



Altså det er jo nok meget ønsketænkning ... men hvis nu man føler, at man er ved at falde ned i et hul – og det gør man nogle gange – så ville det være rigtig godt, hvis der var en turbo-lovgivning eller et eller andet, hvor man kunne blive samlet hurtigt op, så man ikke skulle vente så lang tid.

Mit problem er jo, at hvis jeg føler, at jeg har det dårligt, og jeg har brug for hjælp, så har jeg ikke altid overskud til at bede om det.

Det kan godt være, at de siger: 'Jamen, du skal bare lige gå herind og herind', men det er altså ikke 'bare lige' for mig. For det kræver et overskud at tænde den bærbare og skrive ansøgningen og få den sendt afsted, og er det nu det rigtige sted? ... det er rigtigt uoverskueligt, når jeg er på vej ned i hullet.

Ung kvinde, 23 år og med i Ungepanel





EFTERVÆRNSPERSPEKTIV

Hvordan hjælper vi bedst de unge videre i livet?

Efter behandlingsindsatserne oplever en stor del af de unge at stå alene. De unge har i den situation brug for individuel støtte til at håndtere hverdagsituationer, som deres nye virkelighed uden rusmidler byder dem. Derudover har en del af de unge brug for tilbud om at komme ind i gode, sunde ungefællesskaber, hvor der også er mulighed for at 'lære koderne' for at begå sig sammen med andre.

Forskning, fortællinger fra praksis og fortællinger fra Ungepanelet viser, at det for mange af de unge er en evig kamp at håndtere de psykiske vanskeligheder og undgå, at rusmidlerne igen får overtaget. Hverdagsituationer kan trigge gamle traumer, og manglende selvværd kan udløse angstanfald eller få den unge til at genoptage sit hashbrug for at få ro på tankerne. En del af de unge står mere eller mindre alene om at skulle tackle disse problematiske hverdagsituationer.

Samtidig ved vi, at en meget vigtig faktor for at mennesker med psykiske problemer kan få det bedre, er at have en følelsesmæssig forbundethed med andre mennesker gennem sunde sociale relationer og en følelse af at høre til i samfundet.

Alliancens Ungepanel har været meget optaget af dette efterværnsperspektiv – altså hvordan der kan etableres en støtte, så man som ung ikke står helt alene efter endt behandling. For det er det, en del af de unge føler, at de er: Alene.

Efterværn og ungefællesskaber

Det at være sat uden for fællesskabet uden sunde sociale relationer har flere negative konsekvenser. Ikke kun for den unges trivsel, men også for den unges funktionsevne.

Forskningsmæssigt er der massivt belæg for, at efterværn – dvs. støtte efter at rusmiddelbehandlingen og den psykiatriske behandling er afsluttet – modvirker tilbagefald og mindsker udgifterne til genindskrivninger, både i psykiatrien og rusmiddelbehandlingen.

I praksis kan støtten gives individuelt, i gruppe eller som støtte til at være en del af et fællesskab. Fx på samme måde som unge, der har været døgnanbragte, får mulighed for forskellige former for støtte efter behov jf. Servicelovens §76. Denne mulighed har unge med dobbeltdiagnose ikke i dag.

”

Da jeg var færdig med behandlingen, stod jeg pludselig og skulle ud og fungere i den virkelige verden. Det gjorde mig bange, for hvem var jeg? Hvad skulle jeg sige, når jeg talte med almindelige mennesker?

Hvilken historie skulle jeg fortælle?”

Ung kvinde, 28 år og med i Ungepanel





En etnografisk undersøgelse af voksne med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer viser, at fire livsfaktorer har betydning for forbruget af rusmidler (Alverson et al., 2000):

- Engagement i aktiviteter, man værdsætter, og som strukturerer dagligdagen, fx uddannelse og arbejde.
- Gode stabile boligforhold.
- Et kærligt forhold til en person, der ikke har rusmiddelproblemer, og som accepterer, at man har en psykisk lidelse.
- Et positivt forhold til og regelmæssig kontakt med en professionel indenfor sundhedssystemet/rusmiddelbehandlingen.

Ungepanelet har – med udgangspunkt i deres personlige erfaringer – drøftet forskellige former for efterværn, som overordnet dækker:

- Behovet for at være en del af et ungefællesskab.
- Behovet for at få individuel støtte, og måske også fortsat professionel støtte.

For mange unge med dobbeltdiagnose er ensomhed og tomhedsfølelse et stort problem, der øger risikoen for tilbagefald, når de kommer ud på den anden side af behandlingen. Det kan være meget svært at skulle ud på egen hånd, hvis man fx er vokset op med omsorgssvigt og har svært ved at skabe nye sunde socia-

le relationer, eller hvis vennerne i rusmiddel miljøet har været de eneste venner i mange år. Samtidig skal man måske også lære at gebærde sig i sociale sammenhænge, hvor man tidligere har benyttet rusmidlerne til at håndtere fx den angst eller usikkerhed, man har oplevet.

For nogle unge kan individuel støtte efter endt behandling være en nødvendig og tiltrængt indsats, men den individuelle støtte løser ikke nødvendigvis den ensomhed, som mange af de unge slås med. Derfor har de unge brug for, at der etableres ungefællesskaber, som tilgodeser behovet for at være sammen med andre unge i en sund social sammenhæng, og som giver mulighed for at udvikle kompetencer til at begå sig i fællesskaber, hvor det centrale omdrejningspunkt ikke er rusmidler, men almindelige ungdomslivstemaer som uddannelse, kærester mm.

I dag findes allerede talrige erfaringer med, hvordan man kan etablere fællesskaber i efterbehandlingen til andre målgrupper, både i det offentlige og på frivillig basis. Omkostningerne til at etablere denne hjælp er begrænsede og en god investering på lang sigt, viser erfaringerne.



Læs mere her:

Dette kapitel er baseret på baggrundsartiklerne:

- *Identificering af børn og unge i risiko for udvikling af psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*, af Sheila Jones og Birgitte Thylstrup
- *Hvordan organiserer vi behandlingen af unge med dobbelt-diagnose i dag?* af Susanne Pihl Hansen
- *Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbelt-diagnoser*, af Birgitte Thylstrup og Katrine Schepele-
lern Johansen
- *Fælles mål for indsatserne til unge med dobbeltbelastning/
dobbelt diagnose*, af Peter Jensen
- *Retningslinjer for indsatser*, af Katrine Schepele-
lern Johansen og Susanne Pihl Hansen
- *Screening for psykiatriske lidelser samt rusmiddelproblemer*,
af Trine Ry
- *Udredning af unge, der er dobbeltbelastede*, af Heidi Gøtze,
Danny Reving, Silas Charlotte Houlberg og Jonatan Hannibal
- *Koordinerende indsatsplaner og forløbskoordination*, af Pe-
ter Jensen og Vibeke Roer Hillerup
- *Efterværn – opfølgning og støtte efter afsluttet behandling*,
af Sheila Jones og Peter Jensen
- *Nye fællesskaber*, af Birgitte Thylstrup, Sheila Jones og Peter
Jensen

Artiklerne kan downloades her:

www.dobbelt diagnose.net

www.spuk.dk

www.pihl-inklusive.dk



Øvrige kildehenvisninger:

- Alverson et al (2000): *An ethnographic study of the longitu-
dinal course of substance abuse among people with severe
mental illness*, Community Mental Health Journal.
- Andersen & Bengtsson (2019): *Rettighed og synkronisering i
komplekse ungesager*, kap. 2 i *Rusmiddelbrugere i krydsfel-
tet mellem sektorer og fagligheder*, red. af Bjerger & Houborg,
Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Buch & Petersen (2017): *Model for koordinerende indsatspla-
ner og tilhørende koordinatorfunktioner*, KORA.
- Helsedirektoratet (2012a): *Nasjonal faglig retningslinje for
utredning, behandling og oppfølging av personer med
samtidig rus og psykisk lidelse – ROP lidelser. Sammensatte
tjenester – samtidig behandling (full versjon)* [https://www.
helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-
psykisk-lidelse-rop-lidelser](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser)
- Frederiksen, Pedersen & Jones (2019): *Hvordan hjælpes unge
med psykiske problemer bedst i rusmiddelbehandlingssy-
stemet?* Kap. 7 i *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sek-
torer og fagligheder*, red. af Bjerger & Houborg, Center for Rus-
middelforskning, Aarhus Universitet.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Ad-
ministration (2011): *Identifying Mental Health and Substan-
ce 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 Ad-
ministration (2013): *Substance Abuse Treatment for Persons
With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Pro-
tocol TIP 42*, U.S Department of Health and Human Services.
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer
for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*.

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?

I denne Grønbog præsenterer vi Alliancens anbefalinger og lægger op til en dialog med politikere og beslutningstagere ved høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg 20. november 2019.

Alliancen består af en styregruppe og tre paneler: Et Ungepanel, et Forældrepanel og et Fagekspertpanel. Deltagerne i panelerne har via workshops, interviews, arbejdsgrupper og faglige artikler bidraget til Alliancens arbejde samt holdt oplæg på Nordisk Konference om dobbeltdiagnoser og på Folkemødet.

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. Journalist Monica C. Madsen har bidraget til den skriftlige formidling af Alliancens arbejde.

Alliancens Styregruppe

- Formand Anne-Mette Winther Christiansen, Helsefonden
- Direktør Hanne Jervild, Helsefonden
- Seniorforsker og leder Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser, 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 Dobbelt diagnose
- 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
- Børne- og ungepsykiater Jonatan Hannibal, Novavi – Stofrådgivningen Novavi samt Region Sjælland
- Seniorforsker og leder Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser, Region H
- Formand for Uddannelsesudvalget, Leni Grundtvig Nielsen, SIND
- Ungebehandler Lone Walsøe, Perron 3 i Slagelse Kommune samt styregruppemedlem Ungebehandlernetværket
- 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 Kjølner, Behandlingscenter Unge & Rusmidler, Odense Kommune

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 *Helsefonden* og *Alliancen – unge med dobbeltdiagnose* undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier.

I denne Grøn bog præsenterer vi resultatet af vores arbejde som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019, hvor vi blandt andet vil pege på behovet for:

- Tidligere og mere effektiv indgriben
- Bedre indsatser gennem samarbejde, der bygger på fælles nationale retningslinjer
- Bedre efterværn for at modvirke tilbagefald

Alliancen – unge med dobbeltdiagnose er et netværk, hvor unge, forældre, forskere og praktikere i 2018-19 har delt viden, erfaringer og perspektiver på indsatser til unge med dobbeltdiagnose.