

Efterværn

– opfølgning og støtte efter afsluttet behandling

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



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

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

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

Efterværn og rusmiddelsystemet

Når vi i Danmark ikke tilbyder efterværn til unge med dobbeltdiagnose efter endt behandlingsforløb², kan det have at gøre med det syn, der er på rusmiddelproblemer, der i overvejende grad betragtes som sociale problemer, der kan løses ved hjælp af tidsbegrænsede interventioner. Dette syn har nogle konsekvenser for omfanget af den hjælp, mennesker med rusmiddelproblemer tilbydes. Behandling af afhængighed og rusmiddelproblemer er kendetegnet ved en forholdsvis lav succesrate og en relativt høj tilbagefaldsforekomst – særligt for den gruppe, der også er belastet af psykiske lidelser (González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014; King & McChargue, 2014). Man er i forskningsverdenen derfor begyndt i højere grad at anse afhængighed og rusmiddelproblemer som kroniske³ lidelser, der

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

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

³ Kronisk: fra græsk khronikós, langvarig – ikke livsvarig

kræver længerevarende behandling (Cunningham & McCambridge, 2012; Dennis & Scott, 2007; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; White & McClellan, 2008). Sammenligner man afhængighed af rusmidler med andre kroniske lidelser, såsom diabetes, højt blodtryk eller astma, finder man nogle slående ligheder i forhold til i hvor høj grad patienterne overholder behandlingen og omfanget af tilbagefald. Ved de tre medicinske tilstande ser man f.eks., at blot 50% tager den medicin de er blevet ordineret, færre end 30% følger de adfærdsmæssige ændringer (såsom kostomlægning og motion), de er blevet anbefalet og hvis tilbagefald defineres som en tilbagevenden af symptomer, oplever omkring 40-60% af patienter med diabetes, højt blodtryk eller astma tilbagefald hvert år (McLellan, 2002). For disse patientgrupper er der dog en kontinuerlig opfølgning på sygdomsudviklingen og adgang til behandling ved forværring, som ikke er tilgængelig for unge med dobbeltdiagnoser. Vi ved fra både ungepanelet og forældrepanelet, at unge med dobbeltdiagnose, i perioder af deres liv efter behandlingen, stadig har brug for personlig støtte fra professionelle. Vi ved også, at de kun undtagelsesvist får det, og ind imellem kun fordi deres tidligere behandlere udviser meget stor konduite – både personligt og økonomisk.

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

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

Udover, at fremme stoffrihed, kan et efterværnstilbud potentielt nedsætte risikoen for andre negative hændelser. Hver for sig nedsætter en diagnosticeret psykisk lidelse eller rusmiddelproblematik levealderen markant. En registerbaseret undersøgelse af Nordentoft et al. (2013), der kiggede på dødelighed blandt mennesker med en nyligt diagnosticeret psykisk lidelse i Danmark, viste, at mennesker med en diagnosticeret rusmiddelproblematik (enten alkohol eller stoffer) havde en nedsat forventet levetid på 23,6 år for mænd og 22,6 år for kvinder, mens skizofreni betød en nedsat forventet levetid på 20,1 år for mænd og 15,9 år for kvinder, affektive lidelser medførte en nedsat forventet levetid på 17,4 år for mænd og 12,5 år for kvinder, mens personlighedsforstyrrelser medførte en nedsat forventet levetid på 19,9 år for mænd og 15,5 år for kvinder. Risiko for selvmord og for dødsfald som følge af uheld eller drab er ligeledes markant øget. I forhold til befolkningsrisikoen repræsenterer en diagnosticeret rusmiddelproblematik en 11 gange

højere risiko for selvmord blandt mænd, mens denne risiko er forhøjet 29 gange for kvinder. For skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er risikoen for selvmord forhøjet 22, 35 og 28 gange for mænd med en af disse lidelser og 37, 49 og 75 gange for kvinder i forhold til resten af befolkningen. Det særligt interessante i denne undersøgelse er, at de også fandt, at den øgede risiko for dødsfald som følge af selvmord, ulykke eller drab toppede i det første år efter udskrivning, hvorefter den det følgende år var halveret. Østergaard, Nordentoft, and Hjorthøj (2017) undersøgte, ligeledes ved hjælp af danske registre, sammenhængen mellem sameksisterende rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (her skizofreni, bipolar lidelse, depression og personlighedsforstyrrelse) og risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Undersøgelsen viste, at risikoen for fuldført selvmord er forøget 2-4 gange for mennesker med sameksisterende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer i forhold til mennesker, der "kun" har en psykisk lidelse. Risikoen for selvmordsforsøg i gruppen med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er ligeledes forøget 3-4 gange i forhold til mennesker, der "kun" har en psykisk lidelse. I denne undersøgelse fandt man også, at risikoen for selvmordsforsøg var højest i årene efter diagnosticering, hvorefter den faldt igen.

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

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

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

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

Hvad er der brug for?

I artiklen 'unge med dobbeltdiagnoser' er det beskrevet, at unge med en dobbeltdiagnose-/dobbeltbelastningsproblematik langt fra er en entydig størrelse. Deres ressourcer, vanskeligheder og belastninger vil være væsentlig forskellige fra ung til ung indenfor felterne socialt, psykologisk og i forhold til rusmidler. F.eks. kan en ung med en angstdiagnose i kombination med hashforbrug på 1-2 joint dagligt og almindelige opvækstvilkår defineres som dobbeltbelastet/-diagnosticeret, mens en anden ung bliver dobbeltdiagnosticeret p.b.a. en autismediagnose i kombination et hashforbrug på mellem 5-7 joints dagligt og med nogle opvækstvilkår præget af massive omsorgssvigt i den tidligste barndom, der førte til gentagne døgnanbringelser. Ligesom disse to unge vil have behov for noget forskelligt i selve behandlingsforløbet, vil de også have behov for forskellig støtte i en efterværnsperiode. Vi har en ganske god viden om, at støtte efter behandlingsindsatsen i rusmiddelsystemet giver gode effekter, men vi har brug for mere viden om, hvilken konkret støtte der er brug for til den samlede gruppe af unge med dobbeltdiagnose, ligesom vi har brug for viden om, fra hvilket 'system' denne støtte bedst gives og til hvem, og hvad der skal være målet for støtten. Målet er betydningsfuldt, fordi det er med til at definere hvilke temaer i den unges liv, han/hun

skal have støtte til, og her vil det for nogen unge være tilknytning til arbejdsmarked og uddannelsessystem, der er målet, mens det for andre vil være at få det sociale liv til at fungere på en offentlig støtteordning, mens der arbejdes med at støtte den unge i at opnå et selvreguleret voksenliv.

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

Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

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

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

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

Grønbog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

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

Litteraturliste

- Brannigan, R., Schackman, B. R., Falco, M., & Millman, R. B. (2004): *The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey*. I: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(9), 904-909.
- Cacciola, J. S., Meyers, K., Ward, S., Rosenwasser, B., Arria, A., & McLellan, A. T. (2015): *Assessing adolescent substance abuse programs with updated quality indicators: the development of a consumer guide for adolescent treatment*. I: *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(3), 142-154.
- Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2011): *Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model*. I: *Psychiatric Services*, 62(10), 1194-1200.
- Cunningham, J. A., & McCambridge, J. (2012): *Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?* I: *Addiction*, 107(1), 6-12.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007): *Managing addiction as a chronic condition*. I: *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R., & Passetti, L. L. (2002): *Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment*. I: *Journal of substance abuse treatment*, 23(1), 21-32.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., & Passetti, L. L. (2007): *The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders*. I: *Addiction*, 102(1), 81-93.

- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014): *Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities*. I: *Substance Abuse*, 35(2), 133-140.
- Ilgen, M. A., Hu, K. U., Moos, R. H., & McKellar, J. (2008): *Continuing care after inpatient psychiatric treatment for patients with psychiatric and substance use disorders*. I: *Psychiatric Services*, 59(9), 982-988.
- Kaminer, Y., Ohannessian, C. M., & Burke, R. H. (2017): *Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders*. I: *Addictive Behaviors*, 70, 102-106.
- King, S., & McChargue, D. (2014): *Adolescent substance use treatment: the moderating effects of psychopathology on treatment outcomes*. I: *Journal of Addictive Diseases*, 33(4), 366-375.
- McLellan, A. T. (2002): *Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective*. I: *Addiction*, 97(3), 249-252.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000): *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. I: *JAMA*, 284(13), 1689-1695.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., Laursen, T. M. (2013): *Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden*. I: *PloS one*, 8(1), e55176.
- Passetti, L. L., Godley, M. D., & Kaminer, Y. (2016): *Continuing care for adolescents in treatment for substance use disorders*. I: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 669-684.
- Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019): *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Retrieved from Aarhus Universitet
- White, W. L., & McClellan, A. T. (2008): *Addiction as a chronic disorder*. I: *Counselor: The Magazine for Addiction Professionals*, 8.
- Østergaard, M. L., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). *Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder*. I: *Addiction*, 112(7), 1250-1259.