

Unge og dobbeltdiagnose

2. Rapport om nationale retningslinjer om udredning og behandling i Danmark



Indhold

0. Forord	2
0.1 Om rapporten	3
0.2. Læsevejledning	4
1. Indledning	5
2. Resumé	7
3. Metode	10
4. Resultater fra Danske nationale retningslinjer	16
5. Resultater fra survey og workshops med fagfolk.....	27
6. Resultater fra survey med unge.....	34
7. Konklusion	40
8. Kilder.....	43
9. Litteraturliste.....	45
Bilag 1. Samlet oversigt over den identificerede litteratur.....	47
Bilag 2. Data fra survey til fagfolk.....	57
Bilag 3. Fund fra de to workshops med fagfolk.....	74
Bilag 4. Data fra survey til unge.....	77

0. Forord

Unge under 25 år med dobbeltdiagnose er en særlig udsat gruppe. Alt for mange af de unge – og deres familier – får i dag ikke den nødvendige hjælp, når de er ramt af en psykisk lidelse og samtidig har et problematisk rusmiddelbrug.

En af de helt store udfordringer er, at de unge har brug for hjælp og støtte fra flere forskellige indsatser på tværs af forskellige sektorer, oftest på én gang. Men ansvaret er uklart, og de unge og deres familier oplever derfor ofte at blive mødt af hjælpesystemer, der har svært ved at koordinere indsatsen og sætte rettidigt og vedholdende ind i forhold til den enkeltes behov.

UngeAlliancen arbejder – med støtte fra Helsefonden – for at styrke og udbrede viden, erfaringer og perspektiver på indsatser til disse unge. Ét af initiativerne under UngeAlliancens hat er projektet *Fra Viden til Praksis*, hvor Center for Rusmiddelforskning og Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser har indsamlet viden, både internationalt og regionalt, mhp. at give et solidt og kvalificeret afsæt og beslutningsgrundlag for den videre udvikling af området: *Hvad ved vi i dag? Hvilke veje bør vi overveje at gå? Og hvad skal vi være særligt opmærksomme på?*

Denne rapport, Unge og dobbeltdiagnose 2 – rapport om danske nationale retningslinjer om udredning og behandling, er den anden af i alt tre rapporter i serien Unge og dobbeltdiagnose.

Rapporten afdækker status på situationen i Danmark, og det er desværre ikke munter læsning: Der findes enkelte indsatser til målgruppen spredt ud over dele af landet, men tværgående indsatser til de unge, ramt af dobbeltproblematikker, lader stadig meget tilbage at ønske.

Den grafiske illustration af nationale retningslinjer på området på s. 16 viser med al tydelighed, at der er et kæmpe hul her: Der findes i dag ingen nationale retningslinjer, der samtidigt adresserer henholdsvis psykiske problemer, rusmiddelproblemer og unge. Og det er et problem. De unge mellem 18 og 25 dækkes formelt af retningslinjerne for voksne, men disse mangler et ungefokus.

Det er vores håb, at politikere og beslutningstagere med denne rapport – og de to øvrige rapporter i serien – får et solidt grundlag for at kunne iværksætte tiltag og indsatser, der medvirker til, at de unge og deres familier får mulighed for at leve et godt liv. Til gavn for dem selv. Og for alle andre.

Lise Bonnevie

*Direktør i
Helsefonden*

Susanne Pihl Hansen

*Projektleder i
UngeAlliancen*

Trine Ry

*Projektleder i
UngeAlliancen*

0.1 Om rapporten

Denne rapport er udarbejdet som et led i projekt 'Fra viden til praksis for unge med dobbeltdiagnose – afdækning af international og dansk viden om guidelines og centrale referencepunkter'. Formålet er at bidrage til et fælles afsæt for øget fokus og udvikling i Danmark gennem et systematisk overblik over den aktuelle viden på området unge (ca. 12-25 år) med dobbeltdiagnose, opdelt i tre rapporter i serien 'Unge og dobbeltdiagnose':

- Rapport 1: Retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark samt et scoping review af den internationale litteratur på området.
- Rapport 2: Nationale retningslinjer om udredning og behandling i Danmark.
- Rapport 3: Udarbejdning og implementering af udenlandske og danske retningslinjer om udredning og behandling.

Fra 2024 bliver der i Danmark etableret et nyt regionalt behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnose – i første omgang dog kun for mennesker over 18 år. Udover at bidrage til dobbeltdiagnoseområdet generelt, er formålet med rapporterne at bidrage til arbejdet med at udforme dette tilbud til voksne, så det i højere grad bliver relevant for den yngste del af voksenmålgruppen. Et andet og vigtigt formål er, at rapporterne kan bidrage til udvikling af særlige tilbud, som er målrettet den ungegruppe, som projektet har fokus på, og gerne også for den endnu yngre aldersgruppe på under 12 år. Endelig er håbet, at rapporterne bidrager til det tværfaglige samarbejde mellem sektorer, som der for mange af de unge stadig vil være brug for. Håbet er, at de tre rapporter vil skabe grobund for nogle vigtige diskussioner og konkrete tiltag, ift. hvordan vi kan komme videre. Det er ikke et øjeblik for tidligt.

Målgruppen for alle tre rapporter er fagprofessionelle, ledere og beslutningstagere samt behandlingssystemer, som beskæftiger sig med unge med dobbeltdiagnose, særligt det psykiatriske system (sundhedssystemet inkl. styrelser og ministerier) og rusmiddelbehandling (det sociale system inkl. styrelser og ministerier). Rapporterne henvender sig også til de unge selv og deres pårørende.

Projektet er et samarbejde mellem Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri.

Involverede i projektet: Birgitte Thylstrup (PI), lektor, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet; Katrine Schepelern Johansen, leder og seniorforsker, Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri; Lei Blandin Jobe, videnskabelig assistent og Sidsel Schrøder, akademisk medarbejder, begge Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Projektet har afsæt i UngeAlliancen, som er sat i verden for at styrke og udbrede viden, erfaringer og perspektiver på indsatser til unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt brug af rusmidler – ofte benævnt 'unge med dobbeltdiagnose', selv om mange af de unge ikke er blevet diagnosticeret. UngeAlliancen består af unge og forældre med personlige erfaringer samt forskere, praktikere og beslutningstagere på tværs af fagområder og sektorer. UngeAlliancen er støttet af Helsefonden, læs mere her: www.ungealliancen.dk.

Ingen af de involverede har rapporteret mulige interessekonflikter. Birgitte Thylstrup og Katrine Schepelern Johansen er begge medlemmer af UngeAlliancens Advisory Board og Repræsentantskab.

Vi takker Helsefonden mange gang for at støtte projektet med bevilling: 21-A-0130.

0.2. Læsevejledning

Del 1. Indledning: Er en generel introduktion til området unge og dobbeltdiagnose.

Del 2. Resumé: Er et grundigt resumé af rapportens metode og fund.

Del 3. Metode: Indeholder en præsentation af den overordnede analytiske ramme og de dataindsamlingsmetoder, som rapporten baserer sig på.

Del 4. Resultat: Gennemgår de identificerede danske nationale retningslinjer som er relevante for unge med dobbeltdiagnose.

Del 5. Resultat: Gennemgår resultaterne fra en survey, der blev sendt bredt ud til fagfolk, der arbejder med behandling af unge med dobbeltdiagnose i kommuner og regioner, og hvor vi bl.a. har spurgt til kendskab til retningslinjer for udredning og behandling, inddragelse af unge og tilbud til pårørende. Derudover inddrages data fra to workshops, hvor erfarne fagfolk på området diskuterede praksis og status på området samt brug af eksisterende retningslinjer og ønsker til kommende retningslinjer. Data fra disse to kilder bruges til at perspektivere centrale punkter ift. de danske retningslinjer, der blev præsenteret i del 2.

Del 6. Resultat: Gennemgår en survey, der blev sendt ud til unge i UngeAlliancens ungenetværk, og hvor vi bl.a. har spurgt til erfaringer med behandlingstilbud og behandlingsmetoder, inddragelse af dem selv og pårørende, samt hvad de oplever, der mangler af tilbud. Her præsenteres også de anbefalinger, som UngeAlliancens forældrenetværk har formuleret.

Del 7. Konklusion.

Del 8. Kilder.

Del 9. Litteraturliste.

Bilag 1. Samlet oversigt over den identificerede litteratur.

Bilag 2. Data fra survey til fagfolk.

Bilag 3. Fund fra de to workshops med fagfolk.

Bilag 4. Data fra survey til unge.

1. Indledning

Dobbeltdiagnose defineres af WHO som samtidig forekomst af forstyrrelser forårsaget af brug af rusmidler (alkohol/stoffer) og andre psykiske forstyrrelser (WHO, 1994: 43). Betegnelsen indebærer, at begge typer af forstyrrelser skal have resulteret i en psykiatrisk diagnose. Begrebet er imidlertid komplekst, og det diskuteres derfor løbende, om det er hensigtsmæssigt at bruge det til en bred gruppe af mennesker med forskellige grader af belastning (Larsen & Johansen, 2019; Thylstrup et al., 2009). Det er derfor svært at komme med præcise tal på, hvor mange unge, der har en samtidig diagnosticeret psykisk lidelse og rusmiddelbrug. I Danmark blev det for nyligt estimeret til at være omkring 40.000 ud af den samlede danske befolkning (Benjaminsen & Enemark, 2020). Men derudover skal der medregnes et større antal unge med psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblemer, hvor den ene eller begge problematikker ikke er diagnosticeret (Jensen & Mårtensson, 2020), og som ofte derfor omtales som dobbeltbelastede. En større dansk undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning fandt fx et stærkt overlap mellem problematisk brug af rusmidler og psykiske problemer blandt 3589 tilfældigt udvalgte unge mellem 15 til 25 år (Pedersen et al., 2017).

Samlet set peger det på, at udbredelsen af både dobbeltdiagnose og dobbeltbelastning blandt unge i Danmark er stor, selvom det kan variere alt efter, hvordan undersøgelser er udført og hvilken population estimeret baserer sig på. Helt sikkert er det dog, at udbredelsen er langt større end de tal, vi har, da mange unge ikke søger behandling. I de tre rapporter anvendes den bredere definition af dobbeltdiagnose, som inkluderer, at der ikke nødvendigvis er stillet en diagnose for både psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Dette gør vi af flere grunde. For det første får en del unge ikke stillet formelle diagnoser, fordi de ikke har været i kontakt med det specialiserede hjælpesystem. For det andet kan professionelle i hjælpesystemet have valgt at se tiden an for at være sikker på, at der er tale om diagnosticerbare problemer eller symptomer, og at de oplevede udfordringer ikke skyldes forandringsprocesser forbundet med ungdomsårene. For det tredje er der forskellige traditioner i det psykiatriske system og inden for rusmiddelbehandling og det sociale område generelt ift. at stille diagnoser og at bruge dem i det professionelle arbejde.

Et område med udfordringer

Dobbeltdiagnoseområdet for unge i Danmark er udfordret på rammer, ressourcer og kvalitet på tværs af sektorer. Udfordringen er ikke blevet mindre af, at unge i den regionale behandlingspsykiatri udgør den hurtigst voksende gruppe af dobbeltdiagnose-patienter i Danmark (Mårtensson et al., 2022) og samtidig udgør en af de patientgrupper, hvor der findes færrest målrettede indsatser. Samtidig medfører behandlingsbehov relateret til både dobbeltdiagnose og dobbeltbelastninger alt for ofte uklarhed ift., hvem der har ansvar for udredning og behandlingsforløb. I Danmark har opdelingen af ansvarsområder siden strukturreformen i 2007 medført, at psykiatrisk behandling er placeret i regionalt regi og rusmiddelbehandling er placeret i kommunalt regi. Denne specialisering og opdeling mellem to sektorer baserer sig både på lovgivningsmæssige faktorer og en underliggende forståelse af de problemer, der varetages inden for sektorerne. Specialiseringen er ofte en styrke, men ift. dobbeltdiagnose udgør det alt for ofte en betydelig udfordring for hjælpen til unge.

Nogle af de mest centrale udfordringer er, at de unge og deres familier alt for ofte oplever at blive afvist af hjælpesystemerne, og at relevant hjælp iværksættes for sent – i psykiatrien mødes de ofte med krav om ophør eller kraftig reduktion af rusmiddelbruget over en periode, for at en psykiatrisk diagnose kan stilles og den rette behandling iværksættes – i rusmiddelbehandling mødes de ofte med manglende mulighed for at afhjælpe deres psykiske lidelser. Når hjælpen

iværksættes, oplever de, at den ofte er præget af en manglende koordinering og samarbejde mellem sektorer, ansvarsområder og fagprofessionelle. Udover at dette øger risikoen for, at indsatserne ikke har den ønskede effekt, er andre konsekvenser en negativ indvirkning på livskvalitet og inklusion i samfundet gennem uddannelse, arbejde og sociale fællesskaber (Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose, 2020b; Thylstrup & Jones, 2020). Mange unge fortæller om stor ensomhed og store udfordringer ift. at få hjælp, som er relevant for deres ungeliv (Hansen, 2020; Hansen et al., 2022), mens de pårørende fortæller om et uoverskueligt hjælpesystem, som er fragmenteret og er præget af lange processer, hvor de er overladt til selv at skabe overblik over, hvilken hjælp der er tilgængelig, relevant og kvalificeret (Hansen, 2020; Thylstrup et al., 2020). Endelig fortæller de fagprofessionelle om en manglende sammenhæng mellem indsatserne, som er præget af strukturelle barrierer, der vanskeliggør en rettidig og relevant indsats (Jeppesen, 2018).

Tager man i betragtning, at et år i et ungt menneskes liv er meget mere end et år i et voksenliv ift. de udviklingsprocesser og potentialer, der kan udfordres ved manglende rettidig hjælp, er der god grund til fortsat at styrke området. I 2016 blev der lavet en vigtig vidensopsamling i UngeAlliancen (Jensen & Hansen, 2016:5-6). Vidensopsamlingen konkluderede, at der er brug for at udforske og udvikle en række områder:

- Hvilken organisering af indsatser er mest effektiv, og hvordan inddrages relevante aktører udover psykiatri og rusmiddelbehandling bedst muligt.
- Hvordan kan vi i højere grad afklare og samarbejde om behandlingsansvar og hvordan kan det tværfaglige samarbejde og den tværfaglige koordinering omkring indsatser styrkes.
- Hvordan skaber vi viden om tilbud til særligt sårbare unge (fx anbragte unge, unge på sikrede institutioner, hjemløse, unge fra familier med krigstraumer, kognitivt udfordrede unge og unge uden for uddannelsessystemerne).
- Hvordan forbedres tidlig identifikation af unge i risiko for at udvikle dobbeltdiagnose, så vi sikrer rettidig og forebyggende indsatser.
- Hvordan kan de unges sociale netværk blive positive medspillere i både behandlingsforløb og tiden efter, og hvordan støtter vi de unges familier undervejs.

Mange af disse områder er stadig åbne invitationer, og med stigningen af unge med dobbeltdiagnose, er udfordringerne ikke blevet mindre. En af måderne at styrke indsatser til unge med dobbeltdiagnose er at styrke et fælles afsæt gennem fælles viden om udenlandske og danske retningslinjer, som er relevante for området, som samtidig fokuserer på, hvordan de implementeres. Håbet er, at projektet og de tre rapporter vil skabe grobund for en sådan fælles platform og lægge op til vigtige diskussioner om konkrete behandlingsmæssige tiltag og bæredygtig implementering af tiltagene, så vi kan komme videre.

God læsning!

2. Resumé

Denne rapport afdækker, hvad der findes af retningslinjer, der beskriver indsatser til unge med dobbeltdiagnose i Danmark, samt hvordan fagfolk på dobbeltdiagnoseområdet oplever den nuværende indsats, og hvad de har af ønsker til indsatsen i fremtiden. Der inddrages også perspektivet fra en mindre gruppe unge, der selv har/har haft udfordringer med dobbeltdiagnose. Pårørendeperspektivet inddrages ikke direkte, men repræsenteres ved en række fortællinger fra pårørende, som er indsamlet i andre sammenhænge. Rapporten har særligt fokus på, hvad der findes af danske retningslinjer. Derudover diskuteres det, hvordan retningslinjer kan bidrage til at forbedre området.

I forbindelse med rapporten blev der udført en litteratursøgning med henblik på at identificere danske retningslinjer. Inklusionskriterierne var publikationer på dansk; relevante for behandling af dobbeltdiagnose hos unge i alderen 12-25 år i Danmark; fra statslige eller ikke-statslige organisationer, der har tæt samarbejde med statslige organisationer; udgivet mellem 1. januar 2011 til september 2022. Eksklusionskriteriet i søgningen var publikationer, som udelukkende omhandlede intellektuelle, udviklingsmæssige svækkelser eller lidelser. Publikationer, der blev medtaget i den videre analyse, havde karakter af retningslinjer eller vejledninger fra nationale myndigheder (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen). Yderligere er rapport 2 inspireret af EMCDDAs trendspottermetode, hvor der udover litteratursøgning indgår surveys og workshops med erfarne fagfolk inden for området for at sikre, at den aktuelle situation i praksis inden for det undersøgte område også inddrages.

Efter dette resumé følger en beskrivelse af metode. Næste del præsenterer de nationale retningslinjer, der findes på dobbeltdiagnoseområdet i Danmark. Så følger en præsentation af resultaterne fra en survey blandt fagfolk på området i Danmark og nogle centrale pointer fra to workshops afholdt med erfarne fagfolk på området. Derefter følger en præsentation af input fra unge og forældre. Rapporten afsluttes med en konklusion.

Nationale retningslinjer

Der er brugt samme søgestrategi og samme inklusions- og eksklusionskriterier som i rapport 1. Det betyder, at vi har fokuseret på publikationer, der har karakter af anbefalinger til indsatser for mennesker med dobbeltdiagnose, og som er udgivet af nationale myndigheder. Vi har ikke fundet nogle retningslinjer, der specifikt adresserer gruppen af unge (12-25 år) med dobbeltdiagnose. Der er en række retningslinjer, der adresserer voksne med dobbeltdiagnose, men ingen der forholder sig til unge under 18 år med dobbeltdiagnose. De retningslinjer, der adresserer voksne, har enten karakter af generelle retningslinjer, der også gælder mennesker med dobbeltdiagnose (f.eks. Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling), eller retningslinjer, der adresserer forholdsvis afgrænsede problemstillinger eller spørgsmål ift. mennesker med dobbeltdiagnose (f.eks. Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse).

Retningslinjerne giver følgende anbefalinger (punkterne i gennemgangen er de samme punkter, som er brugt i gennemgangen af de udenlandske retningslinjer i rapport 1):

Organisering og behandlingsansvar. Generelt kommer de danske retningslinjer ikke med anbefalinger til den overordnede organisering af området. Anbefalingerne følger den gældende opdeling mellem region og kommune.

Eksisterende retningslinjer. Retningslinjer beskæftiger sig med en enkelt undtagelse (Socialstyrelsens vidensportal) kun i meget begrænset omfang med hinanden. De retningslinjer,

der også beskæftiger sig med samarbejde med andre aktører, henviser ofte til retningslinjerne omkring de koordinerende indsatsplaner.

Overordnet princip for indsatsen. Flere af retningslinjerne understreger behovet for en helhedsorienteret tilgang, og tværfagligt samarbejde står centralt.

Samarbejde med de unge. I Socialstyrelsens retningslinjer til social stofmisbrugsbehandling, der ikke er aldersspecifikke, står borgerinddragelse centralt. I de af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, der omhandler unge under 18 år (men altså ikke dobbeltdiagnose), er det specificeret, at dette også gælder, selv om man er under 18 år.

Pårørende. I flere af retningslinjerne anbefales inddragelse af pårørende, uden at det dog nærmere beskrives, hvordan denne inddragelse bør foregå.

Screening og udredning. Der er generel enighed om, at der bør screenes/udredes for psykiske lidelser, når mennesker søger behandling for rusmiddelproblemer, og at der bør screenes for rusmiddelproblemer, når mennesker søger behandling for psykiske lidelser.

Behandling. De forskellige retningslinjer peger på forskellige behandlingsmetoder til forskellige målgrupper. De metoder, der nævnes, er: Dialektisk adfærdsterapi, Dobbeltfokuseret skematerapi, Familie-/netværksorienteret behandling, Motivational interviewing, Kognitiv adfærdsterapi og medicinsk behandling.

Tvang. Tvang nævnes kun perifert og med henvisning til Psykiatrilovens bestemmelser.

Opfølgning, efterbehandling og efterværn. Dette tema berøres kun i nogle af retningslinjerne. Udskrivningsfasen identificeres i én retningslinje som kritisk og som en periode, hvor der bør sikres støtte til den person, der er ved at blive udskrevet. I en anden står der, at efter- og viderebehandling anses som vigtig. Ingen af de inddragne retningslinjer har fokus på overgangen mellem børneområdet og voksenområdet ved det 18. år.

Retningslinjerne er kvalitetsvurderet med redskabet AGREE II, der generelt finder, at de danske retningslinjer er af høj kvalitet, men at der er plads til udvikling ift. refleksioner og anvisninger til, hvordan de kan implementeres i forskellige lokale kontekster (for flere detaljer, se rapport 3).

Perspektiver fra praktikere, unge og pårørende

Surveyen til praktikerne, der møder unge i rusmiddelbehandling og psykiatri, gav 246 påbegyndte survey-besvarelser. Heraf besvarede 191 respondenter mere end de indledende demografiske spørgsmål, og 115 gennemførte hele surveyen. Der blev inkluderet flest mulige svar fra de 191 respondenter, hvorfor det løbende bliver præciseret, hvor mange respondenter, der har svaret på de enkelte spørgsmål. I del 5 gennemgås fund fra surveyen. For en mere detaljeret præsentation af svarene fra surveyen, som beskrivelsen er baseret på, henvises til tabeller og figurer i bilag 2.

Surveyen har berørt en række temaer, som baserer sig på den første analyse af de udenlandske retningslinjer i rapport 1. Temaerne er bl.a. karakteristik af den nuværende situation, erfaringer med retningslinjer og ønsker til fremtidige retningslinjer. Generelt beskriver respondenterne samarbejdet mellem rusmiddelbehandling og psykiatri som udfordret og oplever, at der mangler tilbud til målgruppen. De behandlingsmetoder, som retningslinjerne anbefaler, genfindes for de flestes vedkommende i surveyen, men derudover rapporteres om en bred vifte af andre behandlingsmetoder i arbejdet med unge med dobbeltdiagnose. Samtidig peger surveyen også på, at de anvendte metoder ikke altid opleves som virkningsfulde.

Besvarelsene fra surveyen viser, at cirka halvdelen af respondenterne har kendskab til nationale og lokale retningslinjer. I forhold til ønsker til, hvad evt. fremtidige retningslinjer skal indeholde, er de temaer, som flest peger på: 1) Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose; 2) Screeningsredskaber; 3) Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling; 4) Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling; 5) Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner og 6) Diagnostiseringsredskaber.

Ni erfarne fagfolk har deltaget i to workshops, hvor de fik mulighed for at beskrive, hvordan de arbejder med målgruppen, hvor de oplever udfordringer og styrker på området, om deres brug af de eksisterende nationale retningslinjer samt ønsker til nationale retningslinjer fremadrettet. Herefter blev resultaterne fra litteratursøgningen og surveyen præsenteret og diskuteret, efterfulgt af en opsamling af fælles vigtige pointer fra de tre datakilder (litteratursøgning, surveys og workshops). Pointerne inkluderede behovet for helhedsorienteret udredning, vigtighed af en høj grad af faglighed og kompetencer, mulighed for individuel tilpasning af den indsats, de unge bliver mødt af, herunder brug af evidensbaserede behandlingsmetoder, men også valg af andre alternative tilgange, hvis det blev fundet nødvendigt.

Workshopdeltagerne havde tre centrale ønsker til, hvad retningslinjer for udredning og behandling af unge med dobbeltdiagnose skal kunne: 1) Hjælp ift. at skabe gode rammer/præmisser for god og evidensbaseret behandling, inkl. modeller for hvordan der bedst skabes sammenhæng mellem sektorer (rusmiddelbehandling og psykiatri), 2) Identificere konkrete metoder til screening, udredning, behandling, efterbehandling m.m. og 3) Pege på, hvordan man kan evaluere, om retningslinjerne er godt nok implementeret i praksis.

Vi har også lavet en survey til unge. Otte unge startede på surveyen og af disse besvarede syv alle spørgsmålene. Temaerne har været nogenlunde de samme som i surveyen til praktikerne. De unge har kendskab til de samme typer af tilbud og behandlingsmetoder som praktikerne. De beskriver, at noget af det, som er meget vigtigt for dem, er, at der anvendes en særlig ungetilgang, hvor der er fokus på det sted, de er i ungelivet, og hvad det betyder for dem. De unge beskriver også, at der er tale om en lang vej gennem systemet for at få hjælp, og at det er svært at finde frem til det rigtige tilbud. Og flere af dem har erfaringer med at blive afvist i behandlingssystemet.

De punkter, som de pårørende fra UngeAlliancen peger på, handler om at blive mødt med forståelse og anerkendelse af deres situation og af de udfordringer, som de slås med.

Konklusion

Der er fortsat brug for samarbejde og vidensdeling for at fremme den bedste praksis i behandlingen af unge med dobbeltdiagnose. De aktuelle retningslinjer bidrager med vigtige anbefalinger, men der er brug for målrettede danske retningslinjer med fokus på ungegruppen. Her kan man hente inspiration fra de udenlandske retningslinjer, ikke mindst fra USA og Australien (se rapport 1 i denne serie om Unge og dobbeltdiagnose). Og der er brug for, at der er nogen, der arbejder målrettet med, at kendskabet til de aktuelle retningslinjer og mulige fremtidige retningslinjer, der er målrettet ungegruppen, bliver markant større, end hvad vi ser på nuværende tidspunkt. I rapport 3 i denne serie om Unge og dobbeltdiagnose kan man hente inspiration til, hvordan der kan arbejdes med implementering. Og så vil vi gerne pege på behovet for, at det i Danmark fastlægges, hvem der har ansvaret for at der fortsat afsættes tid og ressourcer til at løfte området.

Vi vil sende en stor tak til de unge og de mange fagfolk, der har bidraget til rapporten.

3. Metode

Ligesom rapport 1 i serien Unge og dobbeltdiagnose er denne rapport baseret på en systematisk litteratursøgning. Da vi har vurderet, at det i undersøgelsen af status for de danske retningslinjer på ungeområdet også var vigtigt at afdække status på feltet og anvendelsen af retningslinjer i praksis, er vi også inspireret af trendspottermetoden, der er særligt velegnet til en hurtig afdækning af aktuelle tendenser inden for et givent område. Metoden er udviklet af The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), hvor kernen udgøres af en relativ hurtig indsamling af forskellige typer af kvantitative og kvalitative data; anvendelse af forskellige socialvidenskabelige forskningsmetoder samt triangulering af den indhentede data for at sikre kvaliteten (EMCDDA, 2018). I forbindelse med denne rapport er der derfor foretaget:

1. Litteratursøgning på bl.a. statslige eller ikke-statslige organisationer, der har tæt samarbejde med statslige organisationer, søgning på google og google advanced efter nationale og lokale retningslinjer, rapporter og anden 'grå' litteratur.
2. To survey-undersøgelser blandt henholdsvis fagfolk inden for rusmiddelbehandling og psykiatri og unge med erfaring med samtidig rusmiddel- og psykiske problemer.
3. Workshops med fagfolk indenfor rusmiddel- og psykiatriområdet i relation til unge med samtidig rusmiddel- og psykiske problemer.

Litteratursøgning

Der blev anvendt samme strategi for litteratursøgningen i denne rapport som i rapport 1 i denne serie om Unge med dobbeltdiagnose.

Inden selve litteratursøgningen i forbindelse med denne rapport blev søgeord, anvendt ved søgning efter udenlandsk litteratur i rapport 1, oversat til dansk og suppleret med danske synonymer for at sikre metodisk konsistens mellem rapporterne og relevans ift. den danske kontekst. Som en del af den indledende afdækning af området blev centrale hjemmesider hos statslige og ikke-statslige organisationer identificeret, og der blev udført en desk research, som indbefattede søgning på Google og Google Advanced Search efter anden relevant litteratur i form af rapporter, evalueringer, projekter, hvidbøger, visioner m.m.

Litteraturen, der gennemgås i denne rapport, er baseret på følgende litteratursøgningsstrategi. Inklusionskriterier: 1) publikationer på dansk; 2) relevante for behandling af dobbeltdiagnose hos unge i alderen 12-25 år i Danmark; 3) publikationer fra statslige og ikke-statslige organisationer, der har tæt samarbejde med statslige organisationer; 4) udgivet mellem 1. januar 2011 til og med september 2022. Eksklusionskriterier: Publikationer, som udelukkende omhandlede intellektuelle, udviklingsmæssige svækkelser eller lidelser.

Identifikation og selektion af relevante dokumenter bestod af 3 trin:

1. Litteratursøgning: Litteratursøgningen involverede Google, Google Scholar Advanced samt identificerede hjemmesider på myndighedsniveau. Ud over søgeordene: guideline*/retningslinjer/vejledning blev der søgt på kombinationer af søgeord: 1) diagnose/psykisk lidelse/psyk*/problem; 2) rusmidler/rus*/alkohol/alko*/stof; 3) ung/teenagere/teen*/børn/myndig/umyndig/alder.

2. Afdækning af 'grå' litteratur: Publikationernes referencer blev gennemgået med henblik på at identificere yderligere relevante retningslinjer.

3. Gennemgang af indhentede dokumenter: Referencer fra relevant litteratur blev identificeret, og på basis af de opsatte inklusions- og eksklusionskriterier blev udvalgte dokumenter gennemgået.

Gennemgang af og gennemgået ift. typen af publikation (eks. er det en retningslinje, et forløbsprogram/evaluering af forløbsprogram; en beskrivelse af et behandlingsredskab, et pakkeforløb, et policy-skrift); om den omhandler mennesker over eller under 18 år; om den omhandler henholdsvis rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer; om den rummer information om screeningsredskaber, behandlingsmetoder, anbefalinger til organisering, samarbejde med den unge og/eller den unges pårørende. Publikationer, der blev inkluderet i den videre analyse, havde karakter af retningslinjer eller vejledninger fra nationale myndigheder (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen¹).

Regionale og kommunale retningslinjer er ikke medtaget i nærværende gennemgang. Det samme gælder regionale og kommunale hjemmesider med anbefalinger til behandling, anbefalinger og retningslinjer fra Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, samt anbefalinger og retningslinjer vedrørende rusmiddelbehandling i de danske fængsler.

Der blev ydermere identificeret nogle publikationer, der ligger på kanten af inklusionskriterierne. Der er her tale om anbefalinger til, hvordan man kan arbejde med målgruppen, som er udarbejdet af konsulentfirmaer og forskningsinstitutioner, og som også ligger på Socialstyrelsens eller Sundhedsstyrelsens hjemmesider. De publikationer, som vi har placeret i denne kategori, nævnes, men medtages ikke i den samlede karakteristik af de danske retningslinjer. Et andet grænsetilfælde er behandlingsportalen hos Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, hvor der bl.a. findes nogle af de kortlægningsredskaber, som er meget udbredt i den kommunale rusmiddelbehandling (UngMap og MapPlan).

I litteratursøgningen blev der lokaliseret en lang række undersøgelser og evalueringer af projekter og forsøg, der handler om at forbedre indsatsen for mennesker – herunder i nogle tilfælde unge – med dobbeltdiagnose eller dobbeltbelastninger. Grundet inklusionskriterierne er disse ikke medtaget.

I bilag 1 ses de identificerede publikationer. Bilaget er tænkt som inspiration til de interesserede og eventuel videre litteratursøgning indenfor området.

Kvalitetsvurdering med AGREE II

For at afdække kvaliteten af retningslinjerne, med særligt fokus på udarbejdnings- og implementeringsprocesser, blev The international Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE II) anvendt (Brouwers et al., 2016). AGREE II er primært designet til at styrke udvikling af retningslinjer og vurdere kvaliteten af samme. AGREE II består af 23 områder, som er organiseret i seks domæner (se også tabel 1 næste side):

1. Fokus og formål (scope and purpose)
2. Involvering af interessenter (stakeholder involvement)
3. Stringens i udarbejdning (rigor of development)
4. Klarhed i formidling (clarity of presentation)
5. Anvendelighed (applicability)
6. Redaktionel uafhængighed (editorial independence)

¹ Efter folketingsvalget i efteråret 2022 har Socialstyrelsen ændret navn til Social- og Boligstyrelsen. Vi anvender dog fortsat betegnelsen Socialstyrelsen.

Hvert domæne vurderes ved hjælp af en 7-trins skala, hvor højere score indikerer bedre kvalitet (Brouwers et al., 2016). Ifølge AGREE II kan domæne 1,2,3,4 og 6 vedrøre forskellige elementer i udarbejdningen af retningslinjer, mens domæne 5 primært omhandler faktorer, som er relevante for implementering af retningslinjer. I domæne 5 er der bl.a. fokus på at afdække, om der i retningslinjerne er formuleret strategier til at forbedre optagelsen og ressourceimplikationer af at anvende retningslinjen i praksis.

Der er i øjeblikket ingen empirisk evidens, der forbinder de enkelte domænescores med specifikke implementeringsresultater (AGREE Next Steps Consortium, 2017). Vi ved derfor ikke, hvorvidt høje scores på udvalgte domæner styrker kvalitet og implementering. Ifølge AGREE-manualen udgør en score på 70% tærsklen for høj kvalitet af retningslinjer (AGREE Next Steps Consortium, 2017). Nyere undersøgelser har også brugt 70% som en tærskel for god kvalitet i vurderingen af retningslinjer (Fan et al., 2022; Hao et al., 2022; Khorami et al., 2021).

Evidensbaserede kliniske retningslinjer og kliniske retningslinjer

Som nævnt tidligere kan retningslinjer hedde noget forskelligt og/eller have forskellige former i forskellige lande. I denne rapport skelnes der mellem evidensbaserede kliniske retningslinjer og kliniske retningslinjer (se også rapport 1 og 3 i denne serie).

- **Evidensbaserede kliniske retningslinjer:** Indeholder anbefalinger, som er baseret på henvisning og/eller en systematisk gennemgang af evidens på området. For at kunne vurdere gennemgang af evidens kræves det således, at der er direkte adgang til disse informationer i retningslinjen.
- **Kliniske retningslinjer:** Indeholder anbefalinger, råd eller vejledning, som ofte er udviklet af en bredere vifte af organisationer, og som ofte retter sig mod et bredere indsatsområde. Kliniske retningslinjer følger således ikke den samme struktur som evidensbaserede kliniske retningslinjer og beskriver i højere grad behandlingsmæssige indsatser og procedurer, som i mindre grad er baseret på en stringent litteratursøgning af evidens i fremlæggelsen af anbefalingerne. Kliniske forstås her bredt – dvs. som dækkende beskrivelser af behandlingsmæssige indsatser af både sundhedsfaglig og socialfaglig karakter.

AGREE II er beregnet til at vurdere kvalitet af evidensbaserede kliniske retningslinjer, men vi har vurderet, at nogle af domæner også kan bruges til at give en vurdering på kvaliteten af kliniske retningslinjer. Af denne grund blev alle domæner, undtagen domæne 3 (stringens i udarbejdning) og domæne 6 (redaktionel uafhængighed), brugt i vurderingen af det, som vi kalder kliniske retningslinjer. Det betyder dog, at domæne 3 og 6 ikke er medtaget i vurderingen af kliniske retningslinjer, men kun i de evidensbaserede kliniske retningslinjer. I listen over inkluderede retningslinjer nedenfor er der efter retningslinjerne tilføjet, om der er tale om en evidensbaseret klinisk retningslinje eller en klinisk retningslinje. Der ligger dog ikke nogen vurdering fra vores side af, om det ene er bedre end det andet, og i gennemgangen af, hvad retningslinjerne anbefaler, har vi derfor valgt at præsentere det samlet.

Opmærksomhedspunkter

I det følgende beskrives særlige opmærksomhedspunkter, som gør sig gældende i gennemgangen af retningslinjerne.

- Der er flere kilder inden for samme organisation, som skriver om samme retningslinje. Vi har bestræbt os på at henvise til seneste kilde. Der sker dog en løbende opdatering af

kilder (hjemmesider og dokumenter), og ændringer, der er sket lige op til eller efter udgivelsen af rapporten, har ikke været muligt at inddrage.

- Nogle kilder på udvalgte retningslinjer er ikke længere tilgængelige gennem links mm., eller er ikke tilgængelige pt., da de er under opdatering. Vi har alligevel valgt at medtage disse retningslinjer, da de var gældende i projektperioden og højst sandsynligt kan forefindes igen på et senere tidspunkt i opdateret form, og således kan være relevante.
- Ved beskrivelse af rammer for nogle anbefalinger har vi inddraget ekstra litteratur, som dog ikke er analyseret med AGRE II redskabet, og som heller ikke behandles detaljeret i rapporten, men som der alligevel henvises til i litteraturlisten.
- Da fokus for projektet er unge fra 12-25 år, har vi ikke inddraget anbefalinger til børn, flere steder, hvor vi skriver unge, kan anbefalingerne dog også vedrøre børn. Det er dog ofte vanskeligt at være helt sikker på, hvilken aldersgruppe børn eller unge henviser til i mange af retningslinjerne.
- Vi har været tro mod retningslinjerne vægtning af forskellige områder, hvorfor nogle områder i gennemgangen er mere udførligt behandlet end andre. F.eks. er tvang ikke særligt udførligt behandlet i mange af retningslinjerne og er gennemgået derfor kort.
- Meget forskning og de unges og deres forældres egne erfaringer peger på, at der skal mere til at støtte bedringsprocesser end udredning og behandling. Projektets fokus har dog været disse to områder, og der er derfor ikke inddraget andre relevante tilbud, herunder tilbud, der ikke kræver henvisning eller registrering.

Survey-undersøgelser

Formålet med surveyen til fagfolkene var at kortlægge status og oplevede behov fra aktører på dobbeltdiagnoseområdet, så det kan bidrage til den videre udvikling. Surveyen indledte med nogle demografiske spørgsmål om bl.a. placering (region/kommune, rusmiddelbehandling/psykiatri/andet), arbejds erfaring, arbejdsfunktion og uddannelsesbaggrund. Derudover er der spurgt til følgende seks områder: 1) Målgruppe og aktuelle tilbud til målgruppen; 2) Kendskab til og brug af lokale og nationale retningslinjer; 3) Organisering, implementering og samarbejde mellem indsatser; 4) Screening og udredning; 5) Behandlingsforløb og metoder; 6) Inddragelse af de unge og deres pårørende.

For at sikre, at surveyen afdækkede udfordringer i Danmark, hvor væsentlige områder og pointer ikke blev overset, samt at spørgsmålene var forståelige, blev surveyen til fagfolkene gennemset og kommenteret ift. indhold og form af repræsentanter fra UngeAlliancen, inklusiv et par unge, og derefter justeret til af flere omgange. Med inspiration fra AGREE IIs fokus på inddragelse af brugerperspektiver besluttede vi også at lave en survey til unge med dobbeltdiagnose og en survey til deres pårørende. Begge disse surveys tog stort set udgangspunkt i de samme områder som surveyen til fagfolkene. Surveyen til de unge havde først og fremmest fokus på den enkelte unges egne oplevelser og erfaringer med behandling. Pårørende-surveyen havde fokus på de pårørendes erfaringer, men mest af alt på deres oplevelser af de unges oplevelser og erfaringer, da vi ikke forventede at få et stort antal besvarelser på hverken unge- eller pårørende-surveyen og derfor prioriterede at generere flest mulige besvarelser ift. de unges oplevelser. De overordnede tematikker i unge- og pårørende-surveyen var: 1. Første oplevede behov for hjælp; 2. Organisering og oplevet sammenhæng mellem indsatser; 3. Erfaringer med behandlingstilbud og behandlingsmetoder; 4. Ungeinddragelse; 5. Pårørendeinddragelse; 6. Hvad de unge/pårørende oplever som vigtigt ift. behandling; 7. Hvad der evt. mangler ift. tilbud i og udenfor behandlingsregi.

Distribuering og udvælgelse af modtagere

Da vi ønskede at generere en bred afdækning af fagfolkenes oplevelse af dobbeltdiagnoseområdet for unge, benyttede vi 'snowball-metoden', hvor en mail med link til surveyen blev sendt til aktører på feltet, bl.a. børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre i Danmark, ledere i offentlig rusmiddelbehandling (FLOR), UngeAlliancens Advisory Board og Repræsentantskab, medlemmer i Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnose samt samarbejdspartnere i vores egne professionelle netværk. Disse aktører blev bedt om at dele linket til surveyen på deres arbejdspladser og i deres faglige netværk samt videregive budskabet om, at surveyen gerne måtte deles videre til relevante fagfolk. Af ressourcemæssige grunde havde vi kun mulighed for at distribuere surveyen til unge og pårørende i UngeAlliancens netværk, så der er altså tale om en helt anden og mindre afdækning.

Anvendelse af et anonymt link til distribuering af surveyen betød, at nye besvarelser automatisk blev oprettet, hver gang linket blev åbnet. Fordelen er, at denne metode muliggør videredistribuering af surveyen og dermed øger sandsynligheden for at nå ud til mange relevante fagfolk på området og derved opnå en højere svarprocent. Ulempen kan dog være, at vi ikke kan vide, hvor mange led linket til surveyen blev delt i, men blot kan se, hvor mange gange linket til surveyen blev åbnet, og hvor mange unikke besvarelser der i sidste ende kom ind. En anden ulempe er, at samme person kunne åbne linket flere gange, hvilket kan føre til en del tomme besvarelser, og at besvarelsen af survey-spørgsmålene ikke kunne tages op på ny, hvis forløbet blev afbrudt, men at man i stedet måtte starte forfra på en ny besvarelse. Dette er der efterfølgende taget højde for i analysen ved at frasortere de tomme besvarelser og ved at gennemgå og frasortere de besvarelser, der var 'gengangere', dvs. hvor indtastningen var blevet afbrudt, og respondenterne var startet forfra med en ny besvarelse.

Vi fik kun ét svar på pårørende-surveyen, og det er derfor kun de to andre surveys, der behandles i rapporten. Vi har i stedet inddraget de pårørendes perspektiver ved kort at præsentere centrale pointer fra UngeAlliancens pårørendepanel fra UngeAlliancens seneste publikation (Hansen & Ry, 2022).

Analyse

Resultaterne fra survey-undersøgelsen er ikke repræsentative. Vi har som beskrevet ovenfor tilstræbt at få det så bredt ud som muligt mhp. at afdække området og anvende det i de efterfølgende workshops med erfarne fagfolk på området. Analyse af data blev udført ved optælling af svarprocenter på de enkelt spørgsmål. Helt konkret valgte vi at inkludere svar fra alle respondenter, der besvarede spørgsmål efter de indledende demografiske spørgsmål, så vi kunne sikre, at svarene var unikke. Valget blev truffet for at få flest mulige svar med. Det betød også, at færre og færre respondenter besvarede spørgsmålene frem til slutningen af surveyen. Det præciseres derfor, hvor mange respondenter der har svaret på de enkelte spørgsmål (se bilag 2). Dette kan potentielt introducere skævhed i vores resultater som følge af en løbende ændring i antal respondenter ved hvert spørgsmål.

Ved svar, hvor vi mente, at det var vigtigt at undersøge forskelle mellem kommuner (rusmiddelbehandling) og regioner (psykiatri), har vi undersøgt for mulig signifikant forskel mellem de to grupper af respondenter ved hjælp af en chi-square test eller Fisher's exact test.

Workshops

Der blev afholdt to workshops – en i december 2022 og en i januar 2023 – da flere af de inviterede aktører ikke havde mulighed for at mødes samme dag, og vi ønskede alles deltagelse. Begge workshop-dage fulgte det format, der foreslås i EMCDDAs trendspotterguide (EMCDDA, 2018). I alt deltog ni aktører, ligeligt fordelt på de to workshops. Flere havde fået invitation til deltagelse, men f.eks. kunne de pårørende og unge, som var inviteret gennem UngeAlliancen, ikke komme, og der kom enkelte afbud fra fagfolk på selve dagen, som følge af sygdom eller akut travlhed. Deltagerne kom fra kommunale og private rusmiddelcentre, børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien samt særlige tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose. Der er dog også en række aktører, der spiller en vigtig rolle ift. unge med dobbeltdiagnose, som ikke har deltaget. Det gælder ikke mindst uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Da fokus for rapporten var udredning og behandling, valgte vi at prioritere deltagere med direkte kontakt til disse områder.

De to workshops forløb efter samme skabelon: Som forberedelse var alle de inviterede aktører blevet bedt om at forberede et kortere oplæg, hvor de præsenterede deres arbejde/arbejdssted, størrelse og kontakt med målgruppen (unge med samtidige rusmiddel- og psykiske problemer/lidelser), samarbejde med andre indsatser ift. målgruppen samt brug af danske eller udenlandske retningslinjer. Derudover blev hver deltager bedt om at uddybe to spørgsmål, som var baseret på fund fra surveyen til fagfolk. Spørgsmålene kunne således omhandle: samarbejde med pårørende, hvordan man kan tiltrække og fastholde de unge, overgang mellem børneområdet og voksenområdet ved det 18. år.

Efter præsentationerne på workshoppen fulgte en faciliteret udveksling baseret på deltagernes præsentationer. Konkret blev der til gruppesamtalen spurgt til og diskuteret: 1) Hvad er de tre største udfordringer I ser hos unge med dobbeltproblematik?; 2) Hvordan arbejder I med rusmiddelbehandling/psykiatri?; 3) Hvilke barrierer/muligheder ser I i samarbejdet mellem rusmiddelbehandling og psykiatri?; 4) Hvordan oplever I kommunernes/psykiatriens mulighed for at møde de unges behov?; 5) Hvilke erfaringer har I med netværksmøder ift. unge med dobbeltproblematik?; 6) Hvordan arbejder I med overgangen til andre hjælpesystemer, når de unge fylder 18 år?; 7) Hvordan samarbejder I med forældre/andre pårørende?; 8) Hvilke erfaringer har I med brug af retningslinjer i Danmark (kan både være nationale og lokale) – og hvilke udfordringer/muligheder oplever I ift. implementering?; 9) Hvilke erfaringer har I med brug af udenlandske retningslinjer?

Derefter præsenterede facilitatorerne resultaterne fra litteratursøgningen og surveyundersøgelsen rettet mod fagfolk. Afslutningsvis identificerede facilitatorerne (forfatterne af rapporten) dagens centrale pointer baseret på de tre typer af data (litteraturundersøgelsen, survey og workshoppen), og deltagerne diskuterede og validerede derefter disse pointer.

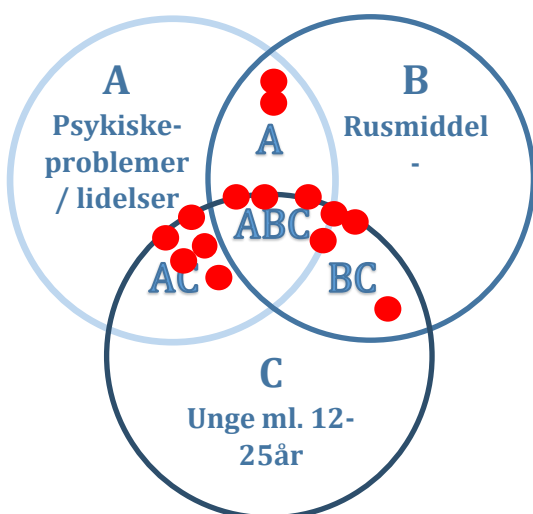
4. Resultater fra Danske nationale retningslinjer

Vi har i litteratursøgningen og -gennemgangen identificeret en række dokumenter og hjemmesider, der kan karakteriseres som danske nationale retningslinjer ift. unge med dobbeltdiagnoseproblematikker. I alt blev 12 retningslinjer inkluderet: Ni fra Sundhedsstyrelsen, to fra Socialstyrelsen, og én hvor begge styrelser står som afsender. Heraf blev otte kategoriseret som evidensbaserede kliniske retningslinjer og fire som kliniske retningslinjer. Derudover blev to temaer fra Socialstyrelsens vidensportal inkluderet, fordi Socialstyrelsen her giver konkrete anbefalinger til arbejdet med målgruppen samt anbefalinger til konkrete behandlingsmetoder.

I starten af 2023 er en del af de retningslinjer, der findes hos Sundhedsstyrelsen, blevet markeret som 'ikke gældende' da litteratursøgningerne, som de forskellige retningslinjer er baseret på, bør opdateres. Vi identificerede dog disse retningslinjer inden denne markering blev sat og vælger derfor at præsentere dem i rapporten. Hvis en opdateret litteratursøgning betyder, at retningslinjerne ændres, kan det selvfølgelig have konsekvenser for beskrivelserne i denne rapport. I gennemgangen nævnes det i parentes efter de retningslinjer, der er blevet markeret 'ikke gældende'. Sundhedsstyrelsen skriver også: "Fra 2021 er Sundhedsstyrelsen i højere grad begyndt at udarbejde nationale kliniske anbefalinger (NKA) i stedet for nationale kliniske retningslinjer (NKR). Hvor NKR er retningslinjer indeholdende 8-10 anbefalinger, er NKA enkeltstående eller få anbefalinger på en udvalgt del af et behandlingsforløb. NKA følger i store træk samme model og metode som de tidligere NKR, men vil typisk indeholde færre anbefalinger inden for et mere afgrænset område" (<https://sst.dk/da/viden/sundhedsvaesen/nkr-og-nka>). I rapporten er retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen nationale kliniske retningslinjer og ikke nationale kliniske anbefalinger.

Overblik over retningslinjer

Nedenstående figur illustrerer, hvordan de nationale retningslinjer, inkl. de to temaer fra Socialstyrelsens vidensportal, adresserer henholdsvis (A) Psykiske problemer/lidelser, (B) Rusmiddelproblemer, (C) Aldersgruppen, unge mellem 12-25 år. Fokus for denne rapport er, hvor alle tre områder overlapper (ABC), så der er tale om samtidig fokus på psykiske problemer/lidelser, rusmiddelproblemer og unge. Som det fremgår af de røde prikker i figuren, er mange retningslinjer placeret i kanten af 'ABC'-feltet, men ingen i selve feltet.



Figur 1. Danske retningslinjer omkring psykiske problemer/lidelser, rusmiddelproblemer og unge mellem 12-25 år.

AB: I AB-feltet (psykiske problemer/lidelser og rusmiddelproblemer) er placeret fem retningslinjer. Publikationerne er placeret tæt på eller på kanten til C, fordi de, som eksempelvis Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, direkte adresserer dobbeltdiagnoseproblematikken, men kun delvist unge-målgruppen ml. 12-25 år, idet retningslinjen gælder for mennesker over 18 år. I de nationale kliniske retningslinjer - udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis nævnes, at det er god praksis at udrede for psykiske lidelser, når man igangsætter alkoholbehandling.

- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014). Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. (Kategorisering jf. AGREE II: klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2019, tidl. 2016). National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (ikke gældende). (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2015). Nationale kliniske retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis. (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2018). National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknnytning² (ikke gældende). (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Socialstyrelsens vidensportal (2018) under fanen 'Voksne' med temaet Psykiske vanskeligheder og misbrug. (Hjemmesider er ikke mulige at vurdere med AGREE II og er derfor ikke kategoriseret som henholdsvis evidensbaseret klinisk retningslinje eller klinisk retningslinje)

BC: I BC-feltet (rusmiddelproblemer og unge) er placeret fire retningslinjer. Publikationerne er placeret tæt på eller på kanten til A, fordi hovedfokus er på rusmidler, med sekundært fokus på psykiske problemer. De to retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen omhandler mennesker over 18 år, dvs. ikke hele målgruppen. De nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling er ikke aldersspecifikke. Socialstyrelsens vidensportal handler specifikt om unge (12-25 år).

- Socialstyrelsen (2020, tidl.2016). Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Viden til gavn. (Kategorisering jf. AGREE II: klinisk retningslinje)
- Socialstyrelsens vidensportal (2018) under fanen 'Børn og unge (12-25)' med temaet rusmiddelproblematikker. (Hjemmesider er ikke mulige at vurdere med AGREE II og er derfor ikke placeret som Evidensbaseret Klinisk Retningslinje eller Klinisk Retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2017). Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger. (Kategorisering jf. AGREE II: klinisk retningslinje³)
- Sundhedsstyrelsen (2018, tidl.2015). Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed (ikke gældende). (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)

² Retningslinjen er delt i tre dele – en, der beskæftiger sig med vedvarende symptomer, en, der beskæftiger sig med misbrug og en, der beskæftiger sig med mangelfuld tilknytning til det etablerede behandlingssystem. I denne gennemgang har vi primært fokus på den del, der beskæftiger sig med komorbidity misbrug.

³ Denne retningslinje er ikke kategoriseret som evidensbaseret, fordi der ikke er adgang til litteraturgennemgange.

AC: I AC-feltet (psykiske problemer/lidelser og unge) er placeret fem retningslinjer. Fire, der handler om voksne eller børn med ADHD og voksne eller børn med angst. Her er også en national handleplan for ADHD (2013) placeret. Ingen af retningslinjerne i 'AC' adresserer rusmiddelproblemer mere end blot perifert. F.eks. nævner de kliniske retningslinjer ift. unge (under 18) med ADHD-misbrug af rusmidler i forbindelse med misbrug af medicin og ift. til angst, så nævnes dels dette, og dels hvordan misbrug kan indvirke på og komplicere farmakologisk behandling.

- Sundhedsstyrelsen (2021). National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2017). De nationale kliniske retningslinjer for udredning af ADHD hos voksne (ikke gældende). (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2019, tidl. 2016). De nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos børn og unge (ikke gældende). (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Sundhedsstyrelsen (2021). National klinisk retningslinje om behandling af angstlidelser hos voksne. (Kategorisering jf. AGREE II: evidensbaseret klinisk retningslinje)
- Socialstyrelsen (2013). National ADHD-handleplan – Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område. (Kategorisering jf. AGREE II: klinisk retningslinje)

ABC: I ABC-feltet kan ingen nationale retningslinjer placeres. Det er det manglende fokus på gruppen unge (12-25 år), der giver denne konklusion.

Hvad peger de danske retningslinjer på?

I dette afsnit gennemgår vi op på, hvilke konkrete anbefalinger der findes i de retningslinjer, der handler om dobbeltdiagnose – dvs. de retningslinjer, der i ovenstående figur er placeret i feltet AB. I gennemgangen inddrager vi også Socialstyrelsens Vejledning for social stofmisbrugsbehandling og Sundhedsstyrelsens Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, der formelt er placeret i BC, men som med hensyn til det strukturelle og organisatoriske også har anbefalinger ift. dobbeltdiagnose. I afsnittet om samarbejdet med den unge inddrager vi også Sundhedsstyrelsens to retningslinjer om børn og unge med henholdsvis angst og ADHD samt Socialstyrelsens vidensportal om unge med rusmiddelproblemer, da området kun sparsomt berøres i de ellers inddragne retningslinjer. Vi fokuserer på følgende punkter, som er den struktur, vi har gennemgået de udenlandske retningslinjer⁴ ift.:

1. Organisering og behandlingsansvar
2. Overordnet princip for indsatsen
3. Eksisterende retningslinjer
4. Samarbejde med den unge
5. Pårørende
6. Screening og udredning
7. Behandlingsmetoder
8. Brug af tvang
9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn

Ad. 1. Organisering og behandlingsansvar. Generelt kommer de danske retningslinjer ikke med anbefalinger til den overordnede organisering af området. Anbefalingerne følger den

⁴ Rækkefølgen for de enkelte punkter er dog ikke helt den samme.

gældende opdeling mellem region og kommune samt en sundhedsfaglig og en socialfaglig tilgang. I Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin peges der dels på behovet for at koordinere den sundhedsfaglige rusmiddelbehandling med den socialfaglige og dels på, at der bør være kompetencer i både rusmiddelbehandling og psykiatri til at kunne tilbyde integreret behandling. I Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling peges der på, at den interne organisering i de enkelte enheder har betydning for, om man kan leve op til anbefalingerne. Ifølge National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse skal man overveje at tilbyde udgående eller opsøgende indsatser. I Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling nævnes det, at der er en behandlingsgaranti på 14 dage. Samme sted nævnes muligheden for at bruge contingency management (CM) til forstærkning af ønsket adfærd i organiseringen af behandlingen.

Spørgsmålet om behandlingsansvar for dobbeltdiagnose adresseres kun i meget begrænset omfang i de danske retningslinjer. I Sundhedsstyrelsens Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin er dog medtaget en mere udførlig beskrivelse af ansvarsfordelingen, hvor der peges på, at kommunerne har ansvaret for behandlingen af rusmiddelproblemer, at regionerne har ansvar for behandling af psykisk lidelse, og at regionerne har ansvaret for behandling af begge dele under indlæggelse. I retningslinjerne om de koordinerende indsatsplaner står der, at den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune og region om udarbejdelse og implementering af indsatsplanen fastlægges i de lokale sundhedsaftaler.

Derudover peges der i nogle af retningslinjerne (bl.a. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin og Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling) på de koordinerende indsatsplaner som en måde at organisere det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling (og evt. andre aktører).

Ad. 2. Overordnet princip for indsatsen. Flere af retningslinjerne understreger behovet for en helhedsorienteret tilgang, og tværfagligt samarbejde står centralt. Flere af retningslinjerne nævner integreret og koordineret behandling som den bedste tilgang. Det gælder bl.a. Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse og Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner.

Ad. 3. Eksisterende retningslinjer. De enkelte retningslinjer beskæftiger sig kun i meget begrænset omfang med hinanden, og der henvises kun i begrænset omfang til hinanden. Socialstyrelsens vidensportal er en undtagelse, idet der er henvisninger til både andre danske retningslinjer og til norske og engelske retningslinjer.

Derudover peges der som nævnt ovenfor i nogle af retningslinjerne på Retningslinjerne om udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner som en måde at organisere det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling (og evt. andre aktører).

Ad. 4. Samarbejde med de unge. I Socialstyrelsens retningslinjer til social stofmisbrugsbehandling, der ikke er aldersspecifikke, står borgerinddragelse centralt: ”Formålet med retningslinjen er at sikre et samarbejde med borgeren igennem hele stofmisbrugsbehandlingsforløbet, således at indsatser og ydelser tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens ønsker, erfaringer og behov. Retningslinjen understøtter: 1. At misbrugsbehandlingen foregår i et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem borger og behandler, 2. At borgeren føler sig hørt, respekteret og anerkendt” (Socialstyrelsen, 2020: 52-

54). Der peges på, at samarbejdet med borgeren er et centralt princip bag recovery og rehabilitering, og at det er afgørende, at samarbejdet er kendetegnet ved:

- At dialogen mellem borger og behandler er præget af nysgerrighed, anerkendelse, lydhørhed og forståelse.
- At borgerens perspektiv inddrages, dokumenteres og er synligt i behandlingen af borgerens sag.
- At behandleren understøtter borgerens ressourcer, potentialer og progression og hjælper borgeren med at få øje på såvel store som små fremskridt.
- At der så vidt muligt arbejdes på grundlag af borgerens ønsker og forudsætninger.
- At borgeren og behandleren i samarbejde og på baggrund af afdækningen opstiller borgerens mål for behandlingsforløbet.

I retningslinjen nævnes FIT, Åben Dialog, Motiverende Interview, Kognitiv Adfærdsterapi, U-turn, U18 eller MOVE som eksempler på metoder, der kan understøtte et godt samarbejde og en systematisk inddragelse af borgerens perspektiv (Socialstyrelsen, 2020: 53).

Der gives disse anvisninger for samarbejdet med borgeren:

- Behandleren bør tilrettelægge behandlingen i samarbejde med borgeren og med udgangspunkt i borgerens mål, ressourcer, erfaringer og problemforståelse, så behandlingen opleves meningsfuld for borgeren.
- Behandleren skal sikre sig, at borgeren er informeret om alle væsentlige aspekter af sit forløb i stofmisbrugsbehandlingen, så borgeren bliver bedre i stand til at træffe beslutninger.
- Behandlingen bør forklares i et sprog, der giver mening for borgeren, og borgeren skal opleve at have medindflydelse og medansvar i behandlingsforløbet.
- Det bør løbende undersøges, om borgeren i tilstrækkelig grad oplever sig hørt og inddraget.
- Behandlingsforløbet bør tilrettelægges, så det er tydeligt for borgeren, hvornår og hvordan.
- Der bør være en respektfuld samtalekultur, hvor dialogen mellem borger og medarbejdere i behandlingstilbuddet er præget af nysgerrighed og lydhørhed. Borgeren bør betragtes som den bedste kilde til forståelse af hans eller hendes ståsted og liv.

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer til mennesker over 18 år adresseres samarbejdet med borgeren generelt kun i en enkelt indledende sætning, hvor der står, at sundhedspersoner generelt skal inddrage patienten, når de vælger behandling. I enkelte af deres udgivelser står også, at det er vigtigt, "... at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet", dog uden yderligere præcisering af hvordan (Sundhedsstyrelsen, 2018b; 2019b: 16).

I de koordinerende indsatsplaner har samarbejdet med borgeren en central plads og borgerinddragelse er "... tænkt ind som et bærende element i alle faser i udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan – fra indhentelse af samtykke til udarbejdelse af en indsatsplan til borgerens godkendelse af planen" (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014: der er ikke sidetal i retningslinjen).

Specifikt ift. børn og unge under 18: Som nævnt ovenfor er der ikke nogen af retningslinjerne om dobbeltdiagnose (AB), der beskæftiger sig med unge under 18 år. Så derfor går vi kort udenfor den inkluderede litteratur og kigger på, hvad nogle af de andre retningslinjer nævner. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer om behandling af børn og unge med ADHD skriver de, at:

”Beslutning om udredning og behandling skal altid inddrage patientens perspektiv, i dette tilfælde børn og unge og deres forældre. Alle børn og unge med ADHD samt deres forældre skal have mulighed for at tage beslutning om behandling i fællesskab med den behandlingsansvarlige. Denne retningslinje beskæftiger sig ikke særskilt med dette aspekt, men ser det som en klar forudsætning for at sikre god behandling” (Sundhedsstyrelsen, 2021: 19)

I Sundhedsstyrelsens retningslinje til børn og unge med angst står: ”Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i behandlingsforløbet. Patienten og dennes familie skal gennem hele behandlingsforløbet orienteres om de forskellige behandlingsmuligheder, der findes i det pågældende regi, aktivt inddrages i beslutningerne om disse og i evalueringen af hvilken behandling der bør igangsættes. Dette skal baseres på patientens og dennes families værdier, ressourcer og tidligere erfaringer med behandling, således, at den samlede indsats styrkes mest muligt” (Sundhedsstyrelsen, 2019a: 11).

Ad. 5. Pårørende. I flere af retningslinjerne anbefales inddragelse af pårørende, uden at det dog nærmere beskrives, hvordan denne inddragelse bør foregå (bl.a. Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin). I National retningslinje for social stofmisbrugsbehandling nævnes det, at man kan overveje at inddrage den unges vennekreds. I National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse fremgår det, at det er god praksis at tilbyde familie-/netværksorienteret behandling.

Ad. 6. Screening og udredning. Der er generel enighed om, at der bør screenes/afdækkes for psykiske lidelser, når mennesker søger behandling for rusmiddelproblemer, og at der bør screenes for rusmiddelproblemer, når mennesker søger behandling for psykiske lidelser/vanskeligheder (bl.a. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling). Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling anbefaler følgende konkrete redskaber til afdækning: UngMap, VoksenMap, EuropASI eller MATE. Retningslinjerne for socialfaglig stofmisbrugsbehandling nævner muligheden for mere specialiseret udredning, hvis forløbet peger på et behov, men der nævnes ikke specifikke diagnostiske instrumenter.

Ad. 7. Behandlingsmetoder⁵.

- DAT (National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse)
- Dobbeltfokuseret skematerapi (National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse)
- Familie-/netværksorienteret behandling (National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse)
- Medicin. Acamprosat eller naltrexon, som begge er trangdæmpende midler til behandling ved alkoholafhængighed (National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse). Substitutionsbehandling

⁵ Nedenstående gennemgang er som nævnt baseret på de retningslinjer, der er placeret i AB-feltet + National retningslinje for social stofmisbrugsbehandling og Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Hvis man yderligere inkluderer BC-feltet (rusmiddelproblemer og unge), peges der på yderligere fire behandlingsmetoder, der understøtter en helhedsorienteret indsats med fokus på den unges samlede situation. Disse er MOVE, Multisystemisk Terapi Substance Abuse (MST-SA), U-turn-modellen og U18-modellen.

(metadon, buprenorfin m.fl.) i forbindelse med afhængighed af opioider (Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin). Der bør ikke gives metadon som substitutionsbehandling, når der samtidig gives anti-psykotisk medicin (Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin)

- Motivational interviewing (National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb, Vidensportal)
- Kognitiv adfærdsterapi (National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb, Vidensportal)

Ad. 8. Tvang. Tvang nævnes kun perifert i de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (Socialstyrelsen, 2020: 43) og de National kliniske retningslinjer for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2018a: 16), hvor der henvises til psykiatriloven (Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.). I de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling henvises til den bestemmelse i psykiatriloven, hvor det beskrives, at der for patienter, der modtager støtte efter afsnit V i serviceloven (det vil bl.a. sige stofmisbrugsbehandling (§101), botilbud (§107 og 108) og herberg (§110)), skal der i forbindelse med udskrivelse fra psykiatrisk afdeling laves en udskrivningsaftale mellem psykiatrien, patienten og relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedsperson m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud⁶. I Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje nævnes brug af tvang i forbindelse med tvangsmedicinering med antipsykotiske lægemidler som depotinjektion til personer over 18 år med skizofreni og uregelmæssigt medicinindtag og vedvarende psykotiske symptomer (Sundhedsstyrelsen, 2018a: 16). Tvang nævnes dog ikke i de afsnit, der specifikt handler om patienter med skizofreni og misbrug.

Ad. 9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn. Retningslinjerne for social stofmisbrugsbehandling, der ikke er aldersspecifikke, peger på, at udskrivning nogle gange er planlagt og andre gange er uplanlagt, og at det uanset hvad kan være en kritisk overgang for mange borgere: "Støtte efter endt behandling kan i nogle tilfælde være afgørende for at fastholde borgerens behandlingsresultater. Efter afsluttet behandling kan behandleren derfor tale med borgeren om mulige opfølgende indsatser, som kan forebygge tilbagefald. Et eksempel kan være SMART Recovery, som har vist gode virkninger ift. at forebygge slip eller tilbagefald" (Socialstyrelsen, 2020: 86). Ingen af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer til unge under 18 år adresserer opfølgning/tiden efter behandling.

I Sundhedsstyrelsens Kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der har mennesker over 18 år som målgruppe, står der, at efter- og viderebehandling generelt anses som en vigtig ting, men samtidig får det en svag anbefaling pga. lav evidens på området. Der peges samtidig på, at videre- og efterbehandling skal være 'adresseret' inden afslutning af behandling, og at indholdet af efterbehandlingen/opfølgningen bør aftales med og tilpasses den enkelte. Fokus for efterbehandlingen/opfølgningen er at forebygge tilbagefald og sikre den nødvendige støtte ved tilbagefald. Efterbehandling/opfølgning kan både inkludere telefonopkald og individuelle/gruppebaserede samtaler ved fremmøde. Det kan være forskelligt fra person til person, hvor lang tid efterbehandlingen/opfølgningen bør strække sig over. "Efterbehandling/opfølgning bør som udgangspunkt have en længere varighed for personer

⁶ Hvis patienten ikke vil give samtykke til dette, hjemler psykiatriloven, at der laves en koordinationsplan med samme indhold (dette er dog ikke nævnt i de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling).

med både alkoholafhængighed og psykisk lidelse sammenlignet med personer, som alene har en alkoholafhængighed" (Sundhedsstyrelsen, 2019b: 40). Til personer, der alene har en alkoholafhængighed, anbefales efterbehandlingen at strække sig over 3-12 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2018b: 54). I retningslinjerne for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner står, at koordinatoren har ansvar for at ajourføre indsatsplanerne og indkalde til opfølgingsmøder (minimum hver 6. måned), men der står ikke noget om egentlig efterbehandling og/eller opfølgende behandling (Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen, 2014).

De inddragne retningslinjer har ikke fokus på overgangen mellem ung (under 18 år) og voksen (over 18 år). For hovedpartens vedkommende skyldes dette, at retningslinjerne alene beskæftiger sig med voksenområdet (over 18 år).

Andre publikationer

Som beskrevet tidligere i rapporten findes der nogle publikationer, som er udarbejdet af forskellige konsulentfirmaer og forskningsinstitutioner for Socialstyrelsen eller Sundhedsstyrelsen. En del af dem danner formentlig baggrund for nogle af de konkrete anbefalinger, der findes på f.eks. vidensportalen eller i Retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling:

- Socialstyrelsen (2015): Samarbejdsmodellen unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen. Introduktion og redskaber.
- Socialstyrelsen (Rambøll) (2015): Screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug. Slutevaluering.
- Socialstyrelsen (Deloitte.social) (2015): Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug.
- VIVE (Nichlas Permin Berger, Iben Emilie Christensen, Lars Fynbo, Emil Bakkensen Johansen og Tobias Sønderby Jørgensen) (2021): Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes.
- VIVE og Socialstyrelsen (2021): Inspiration til arbejdet med de meget udsatte borgere. Tilgange til borgere med misbrug, psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemer.
- Sundhedsstyrelsen (SDU) (2022): Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. Udvalgte eksempler.

Derudover kan nævnes Behandlingsportalen hos Center for Rusmiddelforskning, hvor der bl.a. findes screeningsredskaber, som ofte benyttes i rusmiddelbehandling: UngMap, VoksenMap, EuropASI og TEM (<https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen/spoergeskemaer-manualer-og-litteratur>).

Kvalitetsvurdering af retningslinjerne

Det følgende er en kort gennemgang af AGREE II vurderingerne af de danske retningslinjer inden for de seks domæner. For en mere detaljeret gennemgang henvises til rapport 3 i denne serie om Unge og dobbeltdiagnose 3 – rapport om udarbejdning og implementering af udenlandske og danske retningslinjer.

Overordnet set er de danske retningslinjer af høj kvalitet.

Domæne 1, fokus og formål, havde en gennemsnitlig score på 98,6% med et interval mellem 86,1% og 100%. Dette indikerer, at de danske retningslinjer generelt klart beskrev det

overordnede fokus og formål med anbefalingerne samt den faggruppe, som retningslinjerne er tiltænkt.

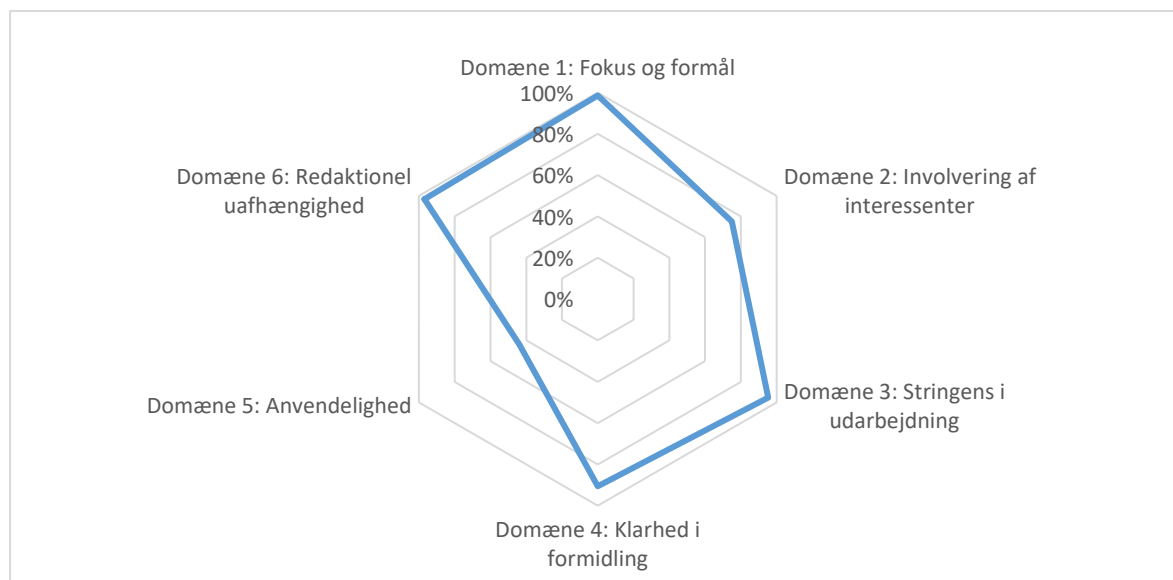
Domæne 2, involvering af interessenter i udarbejdning af retningslinjerne, havde en gennemsnitlig score på 75% med et interval på 38,9% til 100%. Variationen skyldes, at nogle retningslinjer ikke tydeligt beskrev patientperspektivet eller hvilke forfattere, der havde udarbejdet anbefalingerne.

Domæne 3, stringens i udarbejdning af retningslinjerne, havde en gennemsnitlig score på 95,3% med et interval mellem 85,4% til 100%. Alle retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen henviser til styrelsens metodehåndbog som et vejledende dokument i udarbejdningen. En beskrivelse af tidspunkt og metode for en senere opdatering af vejledningen var mangelfuld i nogle retningslinjer.

Domæne 4, klarhed i formidling af anbefalingerne i retningslinjerne, havde en gennemsnitlig score på 90,7% med et interval på 70,8% til 100%. Nogle retningslinjer var mindre klare om forskellige muligheder for at håndtere sygdomstilstande, hvilket hovedsagelig var årsagen til lavere score i to retningslinjer.

Domæne 5, anvendelighed af anbefalingerne i retningslinjerne, fik den laveste gennemsnitlige score på 43,9% med et interval mellem 4,2% og 58,3%. Ingen af retningslinjerne beskrev tilstrækkeligt facilitatorer og barrierer for implementering af anbefalinger eller inkluderede økonomiske og ressourcemæssige overvejelser.

Domæne 6, redaktionel uafhængighed i forbindelse med udarbejdning af retningslinjerne, havde en gennemsnitlig score på 96,9% med et interval på 83,3% til 100%. Seks retningslinjer fik en score på 100%, og retningslinjen med den laveste score havde et link, der ikke virkede eller kunne findes andre steder.



Figur 2. Gennemsnit af AGREE II domænescores.

Gennemsnittet i domæne 3 og 6 indeholder kun scores fra de evidensbaserede kliniske retningslinjer. En mere dybdegående gennemgang af danske og udenlandske retningslinjer kan findes i rapport 3 i denne serie om Unge og dobbeltdiagnose.

Opsamling: Danske nationale retningslinjer

I dette afsnit samler vi kort op på de centrale pointer, som denne del af rapporten med fokus på de nationale danske retningslinjer har peget på.

Som det er fremgået ovenfor, har vi i Danmark ikke nogen nationale retningslinjer med specifikt fokus på, hvordan unge med dobbeltdiagnose bør udredes, behandles, inddrages m.m. På voksenområdet findes der flere retningslinjer, men flere retningslinjer fra Norge og Australien anbefaler stor forsigtighed ift. at overføre anbefalinger direkte fra voksenområdet til børne- og ungeområdet (Helsedirektoratet, 2022; Marel et al., 2016). Når vi kigger til udlandet, finder vi, at flere lande har retningslinjer, der i højere grad er målrettet både børne- og ungeområdet. I USA findes der en decideret retningslinje for børn og unge med dobbeltdiagnose (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021), de engelske retningslinjer er gældende fra 14 år (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011), og de australske retningslinjer indeholder et afsnit med særligt fokus på unge (Marel et al., 2016) (for flere detaljer, se rapport 1 i denne serie om Unge og dobbeltdiagnose).

Når vi kigger på voksenområdet, hvor retningslinjer gælder unge mellem 18-25 år, er det slående, at der ikke findes en guideline, der dækker hele området, som vi f.eks. ser fra Norge (Helsedirektoratet, 2022). I stedet ses bl.a. en opdeling mellem den danske socialstyrelse og sundhedsstyrelse, hvor retningslinjerne dækker forskellige områder på det samlede felt. I retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen ser vi også et meget mere afgrænset fokus ift. specifikke psykiatriske diagnoser og specifikke rusmidler. Fra Socialstyrelsen ser vi en tendens til en bredere tilgang, hvor der f.eks. kigges samlet på rusmidler (dog ikke alkohol) og på psykiske vanskeligheder.

De Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) er udarbejdet efter et standardiseret koncept, hvor der stilles en række afgrænsede spørgsmål ('punktnedslag i forløbet'), der derefter søges at besvares på baggrund af litteraturgennemgange. Spørgsmålene skal formuleres på en særlig måde (PICO-spørgsmål). PICO-modellen er et redskab, der kan anvendes til at indkredse og besvare et klinisk spørgsmål og udgør en standardmodel indenfor sundhedsvidenskaberne ift. at strukturere litteratursøgninger. PICO dækker Population (befolkningsgruppe eller målgruppe for undersøgelsen), Intervention (intervention eller behandling, som forventes at føre til et bestemt resultat), Outcome (effekt målet, som udgør det målbare resultat af interventionen), Study design (projektets udformning, f.eks. RCT). Brugen af PICO sætter nogle begrænsninger for, hvilke temaer NKR kan berøre, da det kræver, at de relevante data – f.eks. undersøgelser, der dokumenterer udkomme af de forskellige interventioner – findes. Det gør de sjældent, når det f.eks. gælder spørgsmål om organisering. NKR berører derfor typisk ikke spørgsmål om visitation (hvem skal tilbydes indsatsen), organisering (hvem skal tilbyde indsatsen) og overordnet tilgang (f.eks. behovet for en helhedsorienteret tilgang). Som nævnt skriver Sundhedsstyrelsen i 2021, at de "... i højere grad [er] begyndt at udarbejde nationale kliniske anbefalinger (NKA) i stedet for nationale kliniske retningslinjer (NKR). Hvor NKR er retningslinjer indeholdende 8-10 anbefalinger, er NKA enkeltstående eller få anbefalinger på en udvalgt del af et behandlingsforløb. NKA følger i store træk samme model og metode som de tidligere NKR, men vil typisk indeholde færre anbefalinger inden for et mere afgrænset område" (<https://sst.dk/da/viden/sundhedsvaesen/nkr-og-nka>). Det vil sige, at vi fremover fra Sundhedsstyrelsens side formentlig vil se endnu mere afgrænsede anbefalinger. Socialstyrelsens retningslinje og vidensportal er også baseret på litteraturgennemgange, men er ikke begrænset af nogle særlige principper for formulering af, hvad man gerne vil vide noget om. De har således en noget bredere karakter.

Kvalitetsvurderingen med AGREE II viser, at kvaliteten af de danske retningslinjer på de fleste domæner er ret høj. Der er altså nogle gode erfaringer på de områder, som AGREE II vurderer med, som man godt kan inddrage, hvis man vil lave egentlige retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose.

Som afslutning på afsnittet om de danske nationale retningslinjer vil vi kort sammenligne dem med, hvad vi fandt i rapport 1 om udenlandske retningslinjer. Der, hvor de danske retningslinjer klart adskiller sig fra de udenlandske, er, at de udenlandske retningslinjer peger på, at behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose bør foregå integreret. De danske nationale retningslinjer respekterer i stedet den sektoropdeling, som eksisterer i Danmark, og peger i stedet på samarbejde som den måde, behandlingen skal komme til at hænge sammen på.

Der er derudover et par af de udenlandske retningslinjer, der er rettet mod unge. Rapport 1 peger på, at Danmark på dette punkt nok særligt kan lade sig inspirere af Australien og USA. Samlet set har de udenlandske retningslinjer en meget lang liste med konkrete bud på screenings- og udredningsinstrumenter. Dette finder vi ikke i de danske retningslinjer, hvor kun de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling har nogle få konkrete bud. Til gengæld er der en ret fin overensstemmelse mellem de behandlingsmetoder, der anbefales i de udenlandske retningslinjer, og de behandlingsmetoder, som de danske retningslinjer peger på. De udenlandske retningslinjer peger på Kognitiv adfærdsterapi (KAT), Motiverende samtaler (MI), Motivational enhancement therapy (MET), Psykoedukation, Contingency management (CM), Multidimensionel familieterapi og en kombination af interventioner. De danske peger som nævnt ovenfor på Dialektisk adfærdsterapi, Dobbeltfokuseret skematerapi, Familie-/netværksorienteret behandling, MI, KAT og medicinsk behandling.

Som det er fremgået af kvalitetsvurderingen af retningslinjerne i denne del af rapporten, så ligger de danske retningslinjer pænt rent kvalitetsmæssigt. I rapport 3 findes en sammenligning mellem de danske og udenlandske retningslinjer, og også i denne sammenligning klarer de danske retningslinjer sig pænt. Ovenstående sammenligning peger dog på, at der også er noget, som vi kan lære af de udenlandske retningslinjer – ikke mindst ift. at få et tydeligere ungesyn ind i retningslinjerne.

5. Resultater fra survey og workshops med fagfolk

I denne del gennemgås survey-svar fra fagfolk, der møder unge med dobbeltdiagnose gennem deres arbejde i psykiatri og rusmiddelbehandling, samt fund fra to workshops, der blev afholdt med aktører på området (se mere om undersøgelsens metode i metodeafsnittet). I denne gennemgang er fokus på at fremhæve fund, der sætter rapportens fund i del 4 i perspektiv (jf. trendspottermetoden). For at gøre gennemgangen mere overskuelig har vi placeret tabeller og figurer, som ligger til grund for gennemgangen, i bilag 2, hvor det er muligt at få indblik i interessante detaljer ved undersøgelsen.

I det følgende beskrives, hvilke fagfolk der har besvaret surveyen, og hvilken del af målgruppen (unge med dobbeltdiagnose) som de arbejder med. Derefter gennemgås fundene fra survey og workshops. Første del af denne gennemgang følger samme struktur som gennemgangen af de danske nationale retningslinjer i del 4:

1. Organisering og behandlingsansvar
2. Overordnet princip for indsatsen
3. Eksisterende retningslinjer
4. Samarbejde med den unge
5. Pårørende
6. Screening og udredning
7. Behandlingsmetoder
8. Brug af tvang
9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn

Herefter følger en række temaer, som survey og workshops kommer ind på, men som ikke direkte er dækket af ovenstående liste. Disse er:

10. Vigtige kompetencer i arbejdet med unge med dobbeltdiagnose
11. Behovet for, at unge og pårørende kan få et overblik over tilgængelige tilbud
12. Afklaring af, i hvor høj grad de eksisterende tilbud imødekommer de unges behov

Hvem har besvaret surveyen?

Karakteristika for de fagfolk, der har besvaret surveyen er præsenteret i tabel 1 i bilag 2.

Antal. Der var i alt 246 påbegyndte survey-besvarelser, hvoraf 191 respondenter besvarede mere end de indledende demografiske spørgsmål, og 115 gennemførte hele surveyen. Vi har valgt at inkludere så mange svar som muligt fra de 191 respondenter og vil i den følgende gennemgang præcisere, hvor mange respondenter der har svaret på de enkelte spørgsmål.

Køn og alder. Der var flest kvinder blandt respondenterne 76% (n=146) sammenlignet med mænd 24% (n=45). Gennemsnitsalderen var 47,7 år.

Arbejdssted. Flere respondenter arbejder indenfor rusmiddelområdet end inden for psykiatri. I alt angav 23% (n=44) at arbejde inden for den regionale psykiatri og 1% i privatpsykiatrien, mens 65% (n=125) angav at arbejde i den kommunale rusmiddelbehandling, 3% (n=6) i et privat rusmiddelcenter, og 8% (n=15) oplyste et andet ansættelsesforhold.

Uddannelsesbaggrund. Lidt flere respondenter angav en socialfaglig end sundhedsfaglig baggrund. Ud af de 191 respondenter angav 54% (n=103) en socialfaglig baggrund, f.eks. socialrådgiver og i mindre grad socialpædagoger, pædagoger, psykologer, terapeuter og lærere. Derudover angav 31% (n=60) en sundhedsfaglig baggrund, f.eks. læge, sygeplejerske,

ergoterapeut, og enkelte en psykologfaglig baggrund. I alt 15% (n=28) svarede 'anden baggrund', f.eks. pædagog, sociolog, terapeut og psykologfaglig baggrund.

Stillingskategori. Lidt over halvdelen af respondenterne 52% (n=99) var medarbejdere, 25% (n=48) ledere, 9% (n=18) mellemledere, 5% (n=10) konsulenter og 10% (n=20) 'andet', f.eks. koordinatorfunktion eller selvstændig virksomhed. Omkring 64% (n=122) havde behandling som deres primære arbejdsopgave, fulgt af ledelse 29% (n=56), koordination 18% (n=34), administration 8% (n=15) og støtte-kontakt opgaver 3% (n=5). Syv procent (n=17) svarede 'andet'.

Erfaring på området. Overordnet set havde flertallet af respondenterne stor erfaring indenfor området, ligesom hovedparten oplyser, at de arbejder specifikt med målgruppen 'unge med samtidig rusmiddel- og psykiske problemer'. De fleste (69% ud af 188 respondenter, som besvarede dette spørgsmål) havde mere end 5 års erfaring i arbejdet med unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Derudover angav 17% (n=33) at have mindre end 3 års erfaring og 48% (n=90) mere end 10 års erfaring. Flertallet, 79% (150 ud af de i alt 191 svar på spørgsmålet) havde direkte kontakt med unge inden for målgruppen i deres arbejde, f.eks. i form af samtaler og aktiviteter.

Geografisk spredning. Geografisk er alle landets fem regioner repræsenteret i survey-besvarelsene, og der er besvarelser fra 43 forskellige kommuner. Flest kommer fra Region Hovedstaden (31%), fulgt af Region Midtjylland (26%), Region Syddanmark (15%), Region Sjælland (7%) og Region Nordjylland (4%). I alt har 17% af respondenterne ikke angivet, hvilken region de kommer fra.

Målgruppe. Både i Danmark og internationalt opdeles dobbeltdiagnose ofte i fire undergrupper, alt efter om de psykiske problemer og rusmiddelproblemerne er milde eller svære (også kaldet kvadrantmodellen (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020)). I surveyen anvendte vi derfor en tilsvarende opdeling for at karakterisere den målgruppe, som respondenterne angiver at arbejde med. Som det fremgår, havde flest vurderet, at de arbejder et sted, som har flest unge med svære psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer og færrest med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer (se figur 3 i bilag 2). Her svarede 15% af respondenterne, at andelen med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer udgør en stor eller en meget stor andel i deres behandlingstilbud, 22% svarede, at andelen med milde psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer er stor eller meget stor, 20% svarede, at andelen med svære psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer er stor eller meget stor, og 42% svarede, at andelen med svære psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer er stor eller meget stor.

Surveyrespondenter og workshopdeltagere: Nationale retningslinjer

I dette afsnit præsenterer vi surveyrespondenterne og workshopdeltagernes perspektiver på indholdet i de nationale retningslinjer. Som beskrevet på foregående side følger gennemgangen den måde, som indholdet blev præsenteret på i del 4 om retningslinjerne, og nummereringen er den samme. Vi starter med at kigge på spørgsmålene om organisering, overordnet princip for indsatsen og eksisterende retningslinjer.

Ad. 1. Organisering og behandlingsansvar. Som beskrevet i rapportens del 4 beskæftiger retningslinjerne sig kun i begrænset omfang med spørgsmålet om organisering af behandling, men følger den eksisterende opdeling mellem region og kommune og peger på behov for samarbejde mellem de to sektorer. I surveyen svarede respondenterne på, hvordan de helt overordnet vil betegne samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling i Danmark (se figur 13 i bilag 2). Her svarede 18% (n=28) ud af 155, at det var 'meget dårligt', 42% (n=65), at

det var 'dårligt', 34% (n=52), at det var 'nogenlunde', 6% (n=9), at det var 'godt', og 1% (n=1), at det var 'meget godt'.

Workshopdeltagerne tegnede et lidt andet billede og beskrev, at samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling ikke var det vanskeligste at få til at hænge sammen, men at udfordringerne i højere grad lå ift. at få en lang række andre kommunale og civile aktører i spil. De pegede også på, at særligt de psykiatriske akutmodtagelser bør styrkes til i højere grad at kunne hjælpe de unge, som de møder, videre i relevante behandlingstilbud – f.eks. at akutmodtagelserne kan give rusmiddelcentre de unges kontaktoplysninger, så rusmiddelcentre kan opsøge de unge efter udskrivning fra akutmodtagelsen.

Ad. 2. Overordnet princip for indsatsen. I flere af retningslinjerne beskrives, at der er behov for en helhedsorienteret indsats. Integreret og koordineret behandling nævnes som den bedste tilgang. Som gennemgået ovenfor er det ikke alle steder, at man har kompetencerne til at tilbyde en relevant indsats, og når problemerne går fra at være milde til at være svære, så falder andelen af respondenter, der vurderer, at kompetencerne er til stede 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i tilpas grad' fra 89% til 53% (se figur 12 i bilag 2). Besvarelsene viser, at langt de fleste respondenter angav, at unge i deres behandlingstilbud primært får tilbudt behandling for rusmiddelproblemer og psykiske problemer samtidigt, men at det er forskelligt, om det varetages af samme eller forskellige teams/udbydere. Således svarede 42%, at de unge primært får behandling med samtidigt fokus på psykiske problemer og rusmiddelproblemer, givet af forskellige teams/udbydere (dvs. parallelbehandling). Derudover svarede 34%, at de unge primært får behandling med samtidigt fokus på psykiske problemer og rusmiddelproblemer, givet af samme team/udbyder (dvs. integreret behandling) (se figur 4 i bilag 2).

Workshopdeltagerne pegede på, at der ved siden af en psykiatrifaglig og en rusmiddelfaglig tilgang til unge med dobbeltdiagnose også er brug for en socialpædagogisk indsats, der har fokus på det relationsskabende ift. de unge. Flexibilitet var et andet centralt punkt i deres diskussioner. Muligheden for individuel tilpasning var et tredje centralt punkt.

Ad. 3. Eksisterende danske nationale retningslinjer. Som tidligere beskrevet forholder de enkelte danske nationale retningslinjer sig kun i meget begrænset omfang til andre retningslinjer på området. I surveyen har vi spurgt til kendskab til henholdsvis nationale og lokale retningslinjer for indsatser til unge med dobbeltdiagnose. I alt svarede 54% (67 ud af 123), at de kendte til relevante nationale retningslinjer ift. unge med samtidig psykisk(e) lidelse(r) og rusmiddelproblemer. På spørgsmålet om, hvorvidt retningslinjerne er nyttige svarer 40% (n=49), at de fandt dem nyttige 'i nogen grad', og 15% (n=18), at de fandt dem nyttige 'i høj grad' (se figur 17 og figur 18 i bilag 2). Ift. lokale retningslinjer svarede 32% (39 ud af 122), at der forelå lokale retningslinjer til unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, mens 39% (47 ud af 122) svarede 'nej', og 30% (36 ud af 122) svarede 'ved ikke'. På spørgsmålet om, hvorvidt retningslinjerne er nyttige svarede 18% (n=22), at det var de 'i nogen grad', og 16% (n=19), at de var nyttige 'i høj grad' (se figur 19 og figur 20 i bilag 2). De nationale retningslinjer, som respondenterne angav at have kendskab til, var: 1) National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, 2) National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning, 3) Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner og 4) Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Der blev ikke navngivet nogen lokale retningslinjer.

I surveyen spurgte vi til respondenternes ønske til, hvad eventuelle fremtidige retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose skal indeholde (se diagram 1 i bilag 2). I alt 122 har svaret på dette spørgsmål, og de seks forslag, der fik flest svar, var:

- Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose (78%)
- Screeningsredskaber (62%)
- Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling (61%)
- Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling (52%)
- Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner (49%)
- Diagnostiseringsredskaber (42%)

Hvis vi kigger på disse svar ift. de eksisterende retningslinjer, så beskriver retningslinjerne nogle principper for indsatsen, men i overordnede termer. Retningslinjerne har nogle få forslag til konkrete screeningsredskaber. Strategier til brug af psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling adresseres ikke i de nuværende retningslinjer. Der er dog konkrete anbefalinger til non-farmakologiske interventioner, men ingen konkrete forslag til diagnostiseringsredskaber. Der er således en markant forskel mellem, hvad de konkrete retningslinjer indeholder, og hvad fagfolkene har af ønsker.

Workshopdeltagerne påpegede, at retningslinjer er vigtige, fordi de er med til at definere kerneopgaven, samt at retningslinjer om tværsektoriel behandling af unge med dobbeltdiagnose kunne bidrage til at gøre dette til en kerneopgave. Der var også enighed om, at det vil være godt, hvis retningslinjerne kunne øge forståelsen af målgruppen, herunder hvordan man møder de unge. Der blev også peget på, at det er vigtigt, at retningslinjerne er landsdækkende og implementeres ensartet. Derudover ønskede deltagerne sig retningslinjer, der kan: 1) Hjælpe med at skabe gode rammer/præmisser for god og evidensbaseret behandling, inkl. modeller for hvordan der bedst skabes sammenhæng mellem sektorer (rusmiddelbehandling og psykiatri), 2) Identificere konkrete metoder til screening, udredning, behandling, efterbehandling m.m. og 3) Pege på, hvordan man kan evaluere, om retningslinjerne er godt nok implementeret i praksis.

Både i surveyen og i workshops blev der efterlyst, at behandlingstilgangene, så vidt det er muligt, er evidensbaserede. De danske retningslinjer er næsten alle baseret på systematiske gennemgange af litteraturen, og otte af dem har vi kategoriseret som evidensbaserede kliniske retningslinjer. Der er dog flere af de konkrete anbefalinger i retningslinjerne, hvor den systematiske gennemgang af litteraturen ikke har kunnet finde evidens for anbefalingen, der derfor er baseret på god klinisk praksis.

Surveyrespondenter og workshopdeltagere: Samarbejde, pårørende, screening, behandling, tvang og efterbehandling

I dette afsnit fortsætter vi præsentationen af surveyrespondenterne og workshopdeltagernes perspektiver på indholdet i de nationale retningslinjer, og her kigger vi på punkterne samarbejde med den unge, pårørende, screening og udredning, behandlingsmetoder, brug af tvang og efterbehandling.

Ad. 4. Samarbejdet med den unge. Retningslinjerne peger på, at indsatserne skal tilrettelægges ift. borgerens ønsker, behov og erfaring. Dialogen med borgeren skal være præget af nysgerrighed, anerkendelse, lydhørhed og forståelse. Workshopdeltagerne fremhævede, at det er vigtigt, at den unge bliver mødt af en gennemgående person, der følger den unge, og som den unge har tillid til.

Ad. 5. Pårørende. I retningslinjerne anbefales inddragelse af pårørende. Workshopdeltagerne slog fast, at den unges sociale netværk og pårørende er vigtige – både når de udgør en

ressource, og når de udgør et problem - og at dette bør tænkes med ind i behandlingstilbuddet. Det blev også vurderet, at der bør etableres særskilte tilbud til pårørende, da de ofte vil have brug for hjælp og støtte, herunder tilbud til søskende til den unge.

Ad. 6. Screening og udredning. Retningslinjerne anbefaler, at der bør screenes/udredes for psykiske lidelser, når mennesker søger behandling for rusmiddelproblemer, og tilsvarende, at der bør screenes for/udredes for rusmiddelproblemer, når mennesker søger behandling for psykiske lidelser. Som allerede nævnt efterlyser surveyrespondenterne forslag til konkrete screenings- og diagnosticeringsredskaber. Respondenterne har svaret på, om deres behandlingstilbud har kompetencer til henholdsvis screening og udredning for rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (se figur 5 i bilag 2). I forhold til om man har kompetencer til screening for rusmiddelproblemer, svarede 2% ud af 153 'slet ikke' og 76% 'i høj grad'. I forhold til screening for psykiske lidelser svarede 8%, at de 'slet ikke' havde kompetencer, og 56%, at de 'i høj grad' havde kompetencer. For diagnosticering af rusmiddelproblemer svarede 12%, at de 'slet ikke' havde kompetencer, og 66%, at de 'i høj grad' havde kompetencer. For diagnosticering af psykiske lidelser svarede 34%, at de 'slet ikke' havde kompetencer, og 40%, at de 'i høj grad' havde kompetencer. Vi fandt en statistisk signifikant forskel mellem respondenter fra regionerne og kommunerne, når det kommer til diagnostik af rusmiddelbrug og diagnostik af psykisk(e) lidelse(r). Langt flere i kommunerne (77%, n=85) svarede, at de i høj grad har kompetencer til at diagnosticere unge med rusmiddelbrug, mens 42% (n=14) i regionerne svarede det samme. 36% (n=52) af respondenterne fra kommunen svarede, at deres enhed slet ikke har kompetence til diagnostik af psykiske lidelser, mens ingen fra regionerne var enig i, at deres enhed slet ikke havde kompetence til diagnostik af psykiske lidelser.

Ad. 7. Behandlingsmetoder. Retningslinjerne er ret konkrete ift. behandlingsmetoder. Her peges på Dialektisk adfærdsterapi, Dobbeltfokuseret skematerapi, Familie/netværksorienteret behandling, Motivational interviewing, Kognitiv adfærdsterapi og forskellige slags medicinsk behandling. Surveyen afdækker en langt større bredde ift. behandlingsmetoder. Motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi blev hyppigst nævnt (se tabel 3 i bilag 2). I alt svarede 91%, at de brugte motiverende samtale, og 90%, at de brugte kognitiv adfærdsterapi. Af tilbud, der opleves som 'særligt gode' til målgruppen, nævnes motiverende samtale (76%) og kognitiv adfærdsterapi (71%). Stof- eller psykoedukation bruges af 77%, hvoraf 66% fandt det 'særlig god', NADA bruges af 54% (39% fandt det 'særlig god'), narrativ tilgang anvendes af 45% (35% fandt det 'særlig god'), mindfulness anvendes af 42% (27% fandt det 'særlig god'), social færdighedstræning bruges af 39% (37% fandt det 'særlig god') (se den samlede liste i tabel 3, bilag 2). Den større bredde her afspejler måske pointen, som workshopdeltagerne havde ift. behovet for individuel tilpasning af tilbuddene.

Ad. 8. Tvang. Som tidligere beskrevet behandler retningslinjerne kun meget perifert spørgsmålet om tvang. Dette er heller ikke berørt i hverken survey eller workshops.

Ad. 9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn. Dette tema berøres kun i nogle af de nationale danske retningslinjer. Udskrivningsfasen identificeres i én retningslinje som kritisk og som en periode, hvor der bør sikres støtte til den person, der er i gang med at blive udskrevet. I en anden retningslinje står der, at efter- og viderebehandling anses som vigtig. Ingen af de inddragne retningslinjer har fokus på overgangen mellem børne- og voksenområdet ved det 18. år. I surveyen svarede 51% ud af 124, at efterbehandling/efterværn mangler som tilbud i Danmark (se figur 16 i bilag 2).

Workshopdeltagerne pegede også på overgange mellem børne- og voksenområdet som vanskelige. F.eks. mente de, at det er en problematik for den unge at skulle fortælle sin historie

igen og igen (hvorfor de som tidligere nævnt peger på, at der bør være en gennemgående person, der følger den unge). De pegede også på behovet for længere overgangsperioder mellem forskellige tilbud, og at f.eks. aldersgrænser ikke bør tolkes for rigidt, således at den unge i nogle tilfælde kan blive længere i et tilbud, der fungerer godt.

Supplerende temaer fra surveyrespondenter og workshopdeltagerne

Udover de ni punkter, som er gennemgået ovenfor, så er der i surveyen og fra workshopdeltagerne nogle yderligere relevante temaer, som præsenteres nedenfor.

Ad. 10. Vigtige kompetencer i arbejdet med unge med dobbeltdiagnose. I retningslinjen Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin peges der på, at der bør være kompetencer i både rusmiddelbehandling og psykiatri til at kunne tilbyde integreret behandling. I surveyen har vi spurgt om, i hvilken grad respondenterne oplevede, at de og deres kollegaer havde relevante kompetencer i arbejdet med unge med dobbeltdiagnose (se figur 12 i bilag 2). Når det drejede sig om gruppen med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer svarede 89%, at de i 'meget høj grad', i 'høj grad' eller i 'tilpas grad' havde disse kompetencer. Når det drejede sig om gruppen med milde psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer gjaldt det 81%, mens det ved gruppen med svære psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer gjaldt 67%. Når det drejede sig om gruppen med svære psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer gjaldt det 53%. Svarene antyder, at der er en del steder, hvor de nødvendige kompetencer er til stede, men at der er markant færre steder, hvor de nødvendige kompetencer er til stede, når det drejer sig om svære problemer. Der er ikke nogen signifikant forskel på svarerne fra kommunalt og regionalt ansatte.

Workshopdeltagerne diskuterede også spørgsmålet om kompetencer. Der var her generel enighed blandt deltagerne om, at der er brug for, at kompetencer løbende opdateres. Der var dog også en opmærksomhed på, at dobbeltdiagnosegruppen er meget forskelligartet, og at det derfor er svært at opbygge specialistviden om alle kombinationer af psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Deltagerne diskuterede også behovet for, at man som professionel ved og arbejder med, at ungdommen er en særlig periode i et menneskes liv og derfor også kræver en særlig tilgang og kompetence. Der skal være en forståelse af, hvad det vil sige at være ung. Da de danske nationale retningslinjer om dobbeltdiagnose ikke beskæftiger sig specifikt med unge, er dette perspektiv fraværende.

Ad. 11. Behovet for at unge og pårørende kan få et overblik over tilgængelige tilbud. Vi bad respondenterne besvare, hvor let det er for unge og pårørende at få overblik over tilgængelige tilbud. I alt mente 31%, at det er 'meget svært' for de unge at få overblik, mens 44% mente, at det er 'svært', og 16% svarede 'midt imellem'. I alt vurderede 27%, at det er 'meget svært' for pårørende at få overblik over tilgængelige tilbud, 44%, at det er 'svært', og 22%, at det er 'midt imellem'. Svarene på dette spørgsmål peger på, at fagfolkene har en oplevelse af, at det er rigtig vanskeligt for både unge og pårørende at få overblik over tilgængelige tilbud (se figur 14 i bilag 2).

12. Afklaring af, i hvor høj grad de eksisterende tilbud imødekommer de unges behov

Respondenter har også svaret på, hvorvidt der er tilstrækkeligt med tilbud til unge med dobbeltdiagnose i Danmark. Her svarede 86% (107 ud af 124), at de ikke mener, at der er tilstrækkeligt med tilbud (se figur 15 i bilag 2). Særligt var der en oplevelse af, at der manglede intensive behandlingsforløb (78%), udredning (66%) og familietilbud (58%), efterværn/efterbehandling (51%), botilbud (48%), sociale aktiviteter (49%) samt skole/uddannelsesstøttende tilbud (46%) (se figur 16 i bilag 2). Overblik over området og

behov for relevante tilbud til unge med dobbeltdiagnose adresseres ikke i de danske nationale retningslinjer.

Vi har også spurgt respondenterne om, hvorvidt deres behandlingstilbud kan imødekomme de problemer, (som) der afdækkes (se figur 10 i bilag 2). I forhold til rusmidler svarede 10% (15 ud af 150), at deres tilbud 'slet ikke' kan imødekomme de afdækkede problemer, 31%, at tilbuddet kan det i 'nogen grad', og 54%, at tilbuddet kan det i 'høj grad'. I forhold til psykiske lidelser svarede 7%, at deres tilbud 'slet ikke' imødekommer de problemer, der afdækkes, 56%, at tilbuddene i 'nogen grad' imødekommer problemerne, og 28%, at det i 'høj grad' imødekommer problemerne. Som allerede nævnt betonedes workshopdeltagerne behovet for faglighed og kompetencer i indsatserne, og det gør sig selvfølgelig også gældende ift. den konkrete behandling.

Opsamling

Fund fra survey-undersøgelsen og de to workshops med fagfolk peger på flere områder, der kan overvejes i et yderligere udviklingsarbejde med danske retningslinjer. Der er nogle meget konkrete ønsker til, hvad retningslinjer til unge med dobbeltdiagnose skal indeholde: Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose, Screenings- og diagnosticeringsredskaber, Anbefalinger til non-farmakologisk intervention og endelig Strategier til at forbedre brugen af psykisk behandling og rusmiddelbehandling. Der er også brug for, at der arbejdes med at sikre et bedre kendskab til både eksisterende retningslinjer og eventuelle nye retningslinjer. Derudover peger fundene videre på en række temaer, som også bør adresseres. Disse er:

- Hvordan kan vi i højere grad få samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling – og øvrige instanser – til at fungere?
- Der er brug for beskrivelse af nødvendige kompetencer – og det ser ud, som om der særligt mangler kompetencer ift. til den mest belastede gruppe, og ift. hvordan man arbejder med ungemålgruppen som en særlig gruppe
- Er der relevante tilbud – herunder efterbehandling/efterværn – til målgruppen?
- Hvordan kan vi sikre, at det er nemmere at få overblik over relevante tilbud?
- Bør der være en gennemgående person, når man arbejder med unge med dobbeltdiagnose?
- Sociale netværk er vigtigt – hvordan bliver vi bedre til at inddrage netværk?

6. Resultater fra survey med unge

Som beskrevet tidligere havde vi også et ønske om at gennemføre en survey blandt unge og forældre. I denne del af rapporten fundene fra den survey, som en lille gruppe unge besvarede.

Otte unge påbegyndte surveyen, og syv besvarede alle spørgsmålene i surveyen. Svarene tegner et overordnet billede af, at de unge vægter det relationelle højt, og at den måde, de unge føler sig mødt på, har stor betydning for både opstart og fortsættelse i behandling. Besvarelsene peger også på, at flere har følt sig afvist af behandlingstilbud, ikke har følt sig set og ikke har følt sig inddraget i tilstrækkelig grad, og at der er behov for fortsat støtte i tiden efter afsluttet behandling. Disse fund stemmer i vid udstrækning overens med de beretninger, som unge med dobbeltdiagnose har berettet om i UngeAlliancens publikationer (Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose, 2020a; Hansen & Ry, 2022).

I præsentationen af de unges svar på surveyen følger vi samme struktur som i den foregående del. Først præsenteres, hvem der har svaret på skemaet, derefter præsenteres de unges svar ift. de temaer, som gennemgangen af de nationale retningslinjer i del 4 fulgte:

1. Organisering og behandlingsansvar
2. Overordnet princip for indsatsen
3. Eksisterende retningslinjer
4. Samarbejde med den unge
5. Pårørende
6. Screening og udredning
7. Behandlingsmetoder
8. Brug af tvang
9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn

Herefter følger en række temaer, som surveyen kommer ind på, men som ikke direkte er dækket af ovenstående liste. Disse er:

10. Overblik over tilgængelige tilbud
11. At blive afvist
12. Unges afvisning af tilbud

I bilag 4 er indsat figurer og tabeller, der dokumenterer de unges svar.

Hvem har besvaret surveyen?

Tabel 4 i bilag 4 viser demografiske karakteristika for de unge, der har besvaret surveyen.

Antal. 8 unge påbegyndte surveyen, og syv unge besvarede hele surveyen.

Køn og alder. På nær en respondent var alle kvinder, og gennemsnitsalderen var 24,8 år.

Samlivsstatus. Syv af de unge boede alene, og en boede med en partner.

Første behov for hjælp. Vi har også spurgt de unge om, hvornår de oplevede at have behov for hjælp, og hvornår de første gang fik den ift. henholdsvis rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I gennemsnit vurderede de unge, at de var 18,6 år, da de første gang havde brug for hjælp ift. rusmiddelproblemer, og 21 år, da de fik professionel hjælp. På samme vis vurderede de i gennemsnit, at de var 13,8 år, første gang de havde brug for hjælp ift. psykiske problemer, og 16,5 år, da de fik professionel hjælp. Det vil sige, at de unge oplevede at få psykiske

problemer før rusmiddelproblemer, og at der gik ca. tre år, fra de oplevede at have brug for hjælp, til de fik professionel hjælp.

De unges perspektiver på indholdet i de nationale retningslinjer

Ad. 1. Organisering og behandlingsansvar. På spørgsmål om, i hvilken grad der har været samarbejde mellem rusmiddelbehandling og psykiatri, svarede fem ud af syv, at de har oplevet, at der var sammenhæng/koordinering mellem psykiatri og rusmiddelbehandling, men de svarede samtidig, at de har haft behov for, at koordineringen var bedre (se figur 23 i bilag 4).

Alle de unge blev bedt om at skrive, hvad de mener, er de tre vigtigste ting, behandlingssystemer skal huske at gøre i samarbejde med den unge. Herunder er en direkte gengivelse af de unges egne ord ift. organiseringen af behandlingen. De unge peger dels på det, der kan beskrives som fokus på en særlig ungetilgang, og dels på at sikre adgang.

Ungetilgang:

- Der bliver kigget på, hvordan man kan komme problemer til livs. Ved at samarbejde med den unge, som kæmper med det.
- Høre, hvad den unge siger og oplever, fremfor at hænge sig i udseende, ydre omstændigheder, eller hvor meget man tager/ryger af rusmidler lige nu.
- Lyt til den unge. Sørg for, at den unge har de bedste betingelser under forløbet for at være tryk.
- Tal MED den unge, ikke over.
- Gem din bedreviden væk!
- Vær ikke bange for at sige fra og til, når relationen er dannet.
- Relation, relation og relation.
- Behandling for det levede liv og ikke stoppe de unge med medicin. Vær lydhør, og gør dem klart, hvad de må og ikke må. For eksempel var det en kæmpe hjælp at vide, at jeg gerne måtte være påvirket i behandlingen. Ikke at jeg var det, men det gav mere frihed indeni og hjælp mig. Så generelt giv dem et valg, og sig, at det er okay.

Adgang til behandling/organisering/visitering:

- Skab et miljø, hvor den unge kan komme igen uden at skulle igennem hele systemet - hvis de har taget en røvtur. En eller anden dag så lykkes det, at de bliver på stien.

Ad. 2. Overordnet princip for indsatsen. De unge blev spurgt om, hvilken slags behandling der virkede bedst: sekventiel-, parallel-, integreret behandling eller behandling, der kun har fokus på rusmidler eller psykiske problemer. På dette svarede 3/4, at integreret behandling fungerede bedst, og 1/4, at parallelbehandling fungerede bedst (se figur 22 i bilag 4).

Ad. 3. Eksisterende retningslinjer. Surveyen til de unge har ikke berørt dette punkt.

Ad. 4. Samarbejdet med den unge. Nogle af svarene i ovenstående lister om organiseringen af behandlingen adresserer også spørgsmålet om samarbejde med den unge, hvor der blandt andet peges på, at den unge ikke oplever at blive mødt/set/hørt af behandlere. Adspurgt, om den unge er blevet involveret nok i de beslutninger, der er taget undervejs i behandlingen, svarede fire ud af syv 'i nogen grad', to svarede 'i høj grad' og en enkelt 'ved ikke' (se figur 24 i bilag 4). Hertil oplevede ca. halvdelen, at de ikke blev tilstrækkeligt informeret om, hvad der skulle ske ved afslutningen af deres behandlingsforløb (ud af syv besvarelser svarede tre, at de

'slet ikke' var blevet tilstrækkeligt informeret; to, at de 'i nogen grad' var blevet informeret; og to, at de 'i høj grad' var blevet informeret) (se figur 27 i bilag 4).

Ad. 5. Pårørende. Af de i alt syv respondenter svarede en, at pårørende 'i høj grad' var blevet inddraget i den unges forløb, to svarede 'i nogen grad', en 'slet ikke', en 'ved ikke', og to svarede 'ikke relevant/har ingen pårørende'. En ung svarede 'i høj grad' og to 'i nogen grad' at have oplevet, at pårørende ikke havde ønsket at blive inddraget, selvom det blev vurderet relevant. Adspurgte, i hvilken grad de unge selv ikke har (haft) ønsket inddragelse af pårørende, selvom det blev vurderet relevant, svarede en 'i høj grad', to 'i nogen grad', en 'slet ikke', en 'ved ikke' og to 'ikke relevant/har ingen pårørende'. Fire svarede, at inddragelse af pårørende havde støttet 'i nogen grad', en 'i høj grad', en svarede 'slet ikke' og en 'ikke relevant/har ingen pårørende'. Samtidig svarede to, at inddragelse af pårørende havde udfordret forløbet 'i nogen grad', tre, at det 'slet ikke' havde udfordret forløbet, en 'ved ikke' og en 'ikke relevant/har ingen pårørende' (se figur 29 i bilag 4).

På spørgsmålet om, hvad de tre vigtigste ting, behandlingssystemer skal huske at gøre i samarbejde med den unge, kom der også to svar, der relaterer sig til dette område:

- Skab et netværk!
- Eventuelt hjælpe den unge med at få et netværk eller en mentor, der kan motivere undervejs.

Ad. 6. Screening og udredning. Surveyen til de unge har ikke berørt dette punkt.

Ad. 7. Behandlingsmetoder. De unge er blevet spurgt om, hvilke behandlingsmetoder de har prøvet, og hvilke de oplever som særligt gode (se tabel 6 bilag 4). Fysisk træning fik flest svar, nemlig 71%, og 43% oplevede denne metode som særligt god. Derefter fulgte Motiverende samtale og Stof- eller psykoedukation, som 57% havde prøvet, og 29% fandt særligt god, Kognitiv adfærdsterapi og NADA, som 43% havde prøvet, og 14% fandt særligt god. I forhold til retningslinjerne så genfinder vi Motiverende samtale og Kognitiv adfærdsterapi.

På spørgsmålet om, hvad de tre vigtigste ting er, som behandlingssystemer skal huske at gøre i samarbejde med den unge, kom der også svar, der relaterer sig til dette område:

Behandling:

- Jeg synes hurtigt, der kan blive et fokus på kun den ene eller den anden 'ting', selv i dobbeltbehandling. Så det er vigtigt, at begge ting bliver vægtet, og samspillet mellem de to 'problemer' bliver kigget godt efter i sømmene.
- Forsøge sammen med den unge at stille det klart op, om rusmidler gør det mere besværligt at arbejde med/forbedre ens psykiske tilstand. Eller om rusmidler har været/er en form for skjold/beskyttelse af ens psykiske tilstand. Altså, ikke hvad kom først, rusmidler eller psykisk belastning. Men hvad besværliggør den unges arbejde videre med sig selv?

Individuel behandling vs. gruppebehandling:

- Individuel behandling kombineret med gruppetilbud - når den unge er klar til det. Og det skal være uddannet personale med rette viden og kompetencer!
- Match de unge sammen i relevante match. Ikke alle passer sammen, fordi de er misbrugere og lider.

Vi spurgte også de unge om deres erfaringer med medicinsk behandling. Her svarede seks ud af syv unge, at de har modtaget medicinsk behandling. For halvdelen af de unge havde den medicinske behandling haft stor betydning for deres velbefindende, mens to svarede 'slet ikke', og en svarede 'ved ikke' (se figur 26 i bilag 4). Fem ud af syv svarede, at den ikke-medicinske behandling havde 'stor betydning' for deres velbefindende, en enkelt svarede, at den ikke-medicinske behandling havde betydning 'i nogen grad', og en svarede 'ikke relevant'.

Ad. 8. Tvang. Surveyen til de unge har ikke berørt dette punkt.

Ad. 9. Opfølgning, efterbehandling og efterværn. Lidt over halvdelen af de unge oplevede, at de ikke, eller kun i nogen grad, var blevet informeret om, hvad der skulle ske efter afsluttet behandling (se figur 27 i bilag 4). Dette stemmer godt overens med, at 2/3 af de unge mente, at der mangler tilbud som efterværn/efterbehandling til målgruppen; at alle de unge efterlyser mentorordninger, og at ca. halvdelen efterlyser sociale aktiviteter og væresteder udenfor behandling samt supplerende intensive behandlingsforløb. En tredjedel mente, der mangler skole/uddannelsesstøttende tilbud samt botilbud og online-/digitale behandlinger (se figur 28 i bilag 4).

På spørgsmålet om, hvad de tre vigtigste ting er, som behandlingssystemer skal huske at gøre i samarbejde med den unge, kom der også svar, der handlede om dette område:

Fokus på planlægning af indsats og efterbehandling:

- At tage hånd om de mest aktuelle problemer og samtidig lægge en plan for at få det bedre på længere sigt. Så den unge føler, de har styr på, hvad planen er.
- Man kan give nogle eftermuligheder, så den unge har nogle værktøjer til at kunne håndtere hverdagen igen. Eller giv nogle eftersamtaler, måske 2 gange den næste måned.
- Hjælp med at sikre sig en ordentlig plan til fremtiden, efter færdig behandling.

Som skrevet i indledningen til denne del har de unge i vores survey i høj grad fokus på det relationelle. De unges perspektiv er dermed et vigtigt supplement til de danske nationale retningslinjer, der i højere grad har fokus på beskrivelserne af konkrete indsatser, og i mindre grad hvordan indsatserne bliver leveret og formidlet.

De unges svar på surveyen peger også på, at afvisning er et problem på flere måder. De unge har erfaringer med at blive afvist, men afviser også selv. Dette er et vigtigt supplerende opmærksomhedspunkt til evt. fremtidige retningslinjer.

Supplerende perspektiver fra de unge

Ad. 10 Overblik over tilgængelige tilbud. Flertallet af de syv unge (fem ud af syv) beretter om, at det er meget svært at få overblik over de tilgængelige tilbud til unge med dobbeltdiagnose (se figur 21 i bilag 4).

Ad. 11. At blive afvist. Halvdelen af de unge svarede, at de har oplevet at blive afvist på et behandlingstilbud pga. deres rusmiddelproblemer (se figur 25 i bilag 4). Spørgsmålet om afvisning er kun meget sparsomt adresseret i de nationale retningslinjer. I Retningslinjerne om koordinerende indsatsplaner står der, at man i psykiatrien ikke må afvise på grund af rusmiddelbrug, og at man i rusmiddelbehandlingen ikke må afvise på grund af psykisk lidelse.

Ad. 12. Unges afvisning af tilbud. Samtidig rapporterer de unge også om, at de selv afviser tilgængelige tilbud (se diagram 2 i bilag 4). Grundene er bl.a. tidligere negative oplevelser med tilbud (n=3), at de mangler viden om tilbuddene (n=2), deres psykiske tilstand (n=2), manglende motivation (n=2) og fysisk afstand (n=2). Udover at afvise tilgængelige tilbud har de unge også erfaringer med at droppe ud. Nedenfor følger en liste med de unges egne formuleringer af, hvorfor unge dropper ud af tilbuddene:

Rammer og ungetilgang:

- Der bliver set på den unge som problemet og ikke på, hvordan problemet kan løses.
- Rammerne kan opleves for stramme/svære at indstille sig hurtigt efter.
- Det passer ikke til den unge og deres behov. Det bliver for firkantet, og der er ikke plads til individet.
- Det er behandling på behandlingens præmisser. De unges tryghed forsvinder, og derfor søger de tilbage til det kendte og rare, hvis der ikke er det fornødne helhedsdækkende varme tilbud!
- Følelsen af ikke at være med i det selv. Der bliver talt over dig.
- At den unge ikke bliver mødt/set/hørt af behandlere.
- Det kan opleves, som om at det, der tales om, er mere relevant for andre.
- Der er en manglende forståelse for, at generel dårlig psykisk tilstand og rusmidler ofte hænger sammen. At blive afvist grundet ens fx rusmiddelproblemer i psykiatrien.

Hvordan den unge har det, gør det svært at overskue behandling:

- At den unge har det rigtig svært, og det kan være uoverskueligt at arbejde med sig selv. Det at arbejde med sig selv, traumer osv. er vanvittigt hårdt og kan virke uoverkommeligt, især når livet sejler. For hvor starter man? Og hvordan?
- Man kan være for nervøs til at stille sit opklarende spørgsmål, for at kunne følge helt med.

Svært at finde rette tilbud, og hvad skal der ske, når tilbud slutter:

- Det er en lang besværlig vej igennem systemet. Det er svært at vide, hvor man skal søge hjælpen.
- At der er så længe ventetid på at komme ind og få hjælpen, i fx psykiatrien.
- Den unge ved ikke, hvad der sker efter behandlingen, og man kommer ud til sin 'normale' hverdag igen, hvor rusmidler har været en del af dagen.
- Hvorfor overhovedet begynde på en behandling, hvis der er deadline på.

Opsamling

Surveyen til de unge er kun fuldt besvaret af syv unge. De punkter, der bliver peget på, er dog vigtige at tage med i et videre arbejde med retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose.

De unge peger på, at behandlingen i højere grad skal være karakteriseret ved en ungetilgang, som har fokus på, at de unge føler sig mødt og forstået. En del af det at være ung er også, at der er pårørende – forældre og måske søskende – der også skal inddrages.

De unge har oplevet en vis grad af koordinering og samarbejde mellem de forskellige indsatser, som de har modtaget, men nævner også, at den godt kunne have været bedre. Dette inkluderer mere information om de konkrete forløb samt planlægning af, hvad der skal ske efter afslutning af forløb.

Flere af de unge har erfaringer med afvisning, selv om det ikke burde forekomme.

De behandlingsmetoder, der peges på i retningslinjerne, ser ud til at fungere for de unge, men det er også tydeligt, at der er brug for flere alternativer – ikke mindst hvis der skal være mulighed for at lave en konkret tilpasning til de unges behov. Dette gælder også spørgsmålet om gruppebehandling og individuel behandling, og hvem de sættes i grupper med.

De fleste af de unge har erfaringer med, at medicin gør en forskel, men også at det ikke kan stå alene.

Perspektiver fra de pårørende

Som nævnt tidligere var det også ambitionen at få et mindre antal pårørende til at besvare en survey, der svarede til det, som de unge har besvaret. Det viste sig dog ikke at være muligt inden for projektets tidsmæssige rammer. I UngeAlliancen har forskellige forældre dog bidraget med deres input tidligere, og deres anbefalinger medtages her, så nærværende rapport ikke fremstår helt blottet for pårørendeperspektivet. Anbefalingerne er taget fra UngeAlliancens rapport fra 2022 med titlen 'Om unges og forældres møder med hjælpesystemerne', hvor forældrenes anbefalinger præsenteres på s. 9.

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. Der er brug for vedvarende og insisterende fagfolk, der ikke giver op. Det er det lange seje træk, der hjælper over tid.

Tag professionelt ansvar og koordiner. 1) 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, 2) Sørg for, at vi og vores børn bliver mødt af systemer og fagfolk, der er fagligt kompetente og har viden om både rusmidler og psykiske vanskeligheder, 3) Aflast os – i stedet for det modsatte, 4) Vid, at det er en voldsom belastning, når ens søn eller datter er dobbeltbelastet, 5) Støt os, i stedet for at lægge flere arbejdsopgaver over på os. Ellers går vi også ned.

Mød os med respekt og inddrag os. Og husk at give os plads til 'bare' at være forældre...

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.

Orienter os om vores muligheder og rettigheder. 1) Fortæl om muligheder for økonomisk støtte, fx dækning af tabt arbejdsfortjeneste, 2) Fortæl om muligheder for fx psykolog-samtaler til forældre og søskende.

Når vi sammenligner disse pointer fra UngeAlliancens publikationer med de unges besvarelser af surveyen, så ser vi meget samme type svar: Det handler om at blive mødt og forstået. Det er også tydeligt, at det er centralt for de pårørende at blive inddraget, og sammenligner man med besvarelserne fra de unge selv, så er det derfor tankevækkende, at de beskriver, at deres pårørende ikke altid bliver inddraget. Inddragelse af de pårørende er tilsvarende dårligt beskrevet i de danske retningslinjer.

7. Konklusion

Rapporten havde til formål at afdække, i hvor stor udstrækning de nationale danske retningslinjer inden for rusmiddelproblemer og psykiske lidelser beskæftiger sig med udredning og behandling af unge med dobbeltdiagnose. Vi har ikke fundet nogle specifikke retningslinjer, der adresserer unge (12-25 år) med dobbeltdiagnose, men der findes en række retningslinjer, der adresserer voksne – fra 18 år og op – med dobbeltdiagnose. Kvaliteten af de eksisterende retningslinjer vurderes som høj ud fra AGREE II, men også med mulighed for forbedring ift. spørgsmål om implementering (se videre om dette i rapport 3 i serien om Unge med dobbeltdiagnose).

Udover at give vigtigt input om og til retningslinjer er det også vores vurdering, at resultaterne fra surveys og workshops også giver perspektiver på dobbeltdiagnoseområdet mere generelt.

De data, som vi har brugt til at perspektivere oplevelsen af, hvordan de nuværende danske retningslinjer dækker området unge med dobbeltdiagnose, og hvad der er brug for fremadrettet, er dels en survey til fagfolk, to workshops med erfarne fagfolk aktører på området og en survey til unge med egne erfaringer med dobbeltdiagnose. Disse datakilder udgør på ingen måde et repræsentativt perspektiv, men kan bruges til at pege på en række opmærksomhedspunkter:

- Det er et ønske om, at der udarbejdes retningslinjer, der specifikt adresserer unge med dobbeltdiagnose, og som tager udgangspunkt i, at der netop er tale om unge (og ikke enten børn eller voksne). Man kan ikke bare tage udgangspunkt i, at retningslinjer udviklet til voksne også gælder for denne gruppe. I del 6 i denne rapport beskriver de unge i en række punkter, hvad man skal inddrage, for at retningslinjer vil være relevant for unge. Hvis workshopdeltagerne har ret i, at retningslinjer er med til at definere en kerneopgave, så vil det være vigtigt, at der bliver udarbejdet retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose.
- De eksisterende retningslinjer beskæftiger sig ikke med implementering af anbefalingerne i tilstrækkelig grad. Det er et ønske hos workshopdeltagerne, at dette inddrages i nye retningslinjer på området. Workshopdeltagerne peger også på, at der er betydelige geografiske forskelle ift. f.eks. afstand til behandlingstilbud, som også bør adresseres i retningslinjer.
- Svarene fra surveyen til fagfolk, hvor kun ca. halvdelen har kendskab til nationale retningslinjer, understøtter pointen om, at der også bør være fokus på implementering.
- De eksisterende retningslinjer peger på en række behandlingsmetoder, som et pænt stykke hen ad vejen også er dem, som fagfolkene i surveyen rapporterer at bruge. De rapporterer dog også om brugen af langt flere metoder. Disse resultater kan indikere, at der er behov for, at fagfolk kan tilpasse brugen af metoder til den konkrete unge, der skal modtage behandling. De unge i unge-surveyen understreger ønsket om individuel tilpasning af behandling.
- Der bør i højere grad være fokus på efterbehandling – tiden i forbindelse med overgang og udskrivning er vigtig. Der bør være mulighed for en høj grad af fleksibilitet i denne periode.
- Retningslinjer bør også beskrive, hvilke kompetencer der skal være tilstede i de forskellige tilbud.
- Samarbejde indgår som et vigtigt punkt i retningslinjerne ift. at få rusmiddelbehandling og psykiatri til at arbejde mere og bedre sammen. Vores surveyrespondenter peger på, at samarbejdet ikke altid fungerer godt, og der peges i surveyen på, at dette område også

bør adresseres yderligere i retningslinjer, ift. hvordan man bedst muligt får etableret vellykkede samarbejdsrelationer. Workshopdeltagerne minder om, at samarbejdet ofte inkluderer mange forskellige aktører og ikke kun rusmiddelbehandling og psykiatri.

- De unge (og forældrene) vægter relation meget højt, og at de unge mest ses som unge og ikke som deres problemer eller diagnoser. Dette fokus bør medtages i et arbejde med fremtidige retningslinjer.
- Flere af de unge i unge-surveyen beretter om at være blevet afvist i behandling på trods af, at flere af retningslinjerne påpeger, at det må man ikke. Dette kan indikere, at der fortsat er brug for fokus på dette punkt.
- Både fagfolk i surveyen, de unge og de pårørende oplever, at der mangler tilbud, og at det er svært at få overblik over tilbuddene. Dette kan pege på, at der er brug for, at retningslinjerne i højere grad beskæftiger sig med organiseringen af området, herunder sikring af relevante tilbud til hele målgruppen.

Gennemarbejdede, evidensbaserede (og baseret på bedst mulig viden, når der ikke findes evidens) og helhedsorienterede danske retningslinjer rettet mod unge med dobbeltdiagnose foreslås altså som et relevant bud på, hvordan kvaliteten i indsatserne for unge med dobbeltdiagnose kan styrkes i Danmark. Men når halvdelen af fagfolkene (der alle arbejder med området) svarede, at de ikke kender til nationale retningslinjer, på trods af at de jo findes, så vil vi tillade os at konkludere, at selv de bedste retningslinjer ikke gør det alene. Rapport 3 i denne serie om Unge med dobbeltdiagnose fokuserer på, i hvor høj grad implementering af anbefalingerne adresseres i retningslinjerne.

Perspektivering

Denne rapport peger på, at et andet element i løsningen af de aktuelle udfordringer på området er at tildele et klart ansvar for at fortsætte understøttelsen af udvikling og implementering af retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose. Mulige bud på en sådan forankring er et nationalt videnscenter eller kompetencecenter eller et forpligtende netværk. Et forpligtende ansvar vil være central for at sikre, at der fortsat arbejdes med at forbedre vilkårene for udredning og behandling af ikke bare unge, men også voksne, med dobbeltdiagnose i Danmark. Der er især brug for at tildele et klart ansvar for at varetage støtte og vejledning til social- og sundhedsudbydere, herunder psykiatere, sygeplejersker og socialarbejdere, som måske mangler den nødvendige viden og ekspertise til at udrede og behandle unge med dobbeltdiagnose – både diagnosticerede og ikke-diagnosticerede. Et forpligtende ansvar vil også kunne være med til at skabe noget af det overblik over indsatser og behandlingstilbud, som både fagfolk og de unge rapporterer at mangle.

Et andet vigtigt område, hvor der fortsat er brug for særlig opmærksomhed, er viden om, hvad det er vigtigt at fokusere på i arbejdet med unge med dobbeltdiagnose – dette gælder ikke kun det spænd på 12-25 år, som rapporterne i denne serie har fokus på, men også unge under 12 år. Generelt er vi meget opmærksomme på alderens betydning i Danmark, så det kan undre, at det får så lidt opmærksomhed på et område, hvor vi ved, at relationen og oplevelsen af at blive mødt og forstået er afgørende. Således vil det også være relevant at prioritere øget viden om andre aldersgrupper, eksempelvis voksne og ældre med dobbeltdiagnose. Aktiviteter, som adresserer disse områder i praksis, kan omfatte workshops, seminarer og onlinekurser samt muligheder for klinisk observation og praktisk træning. Brugerpaneler ville heller ikke være af vejen, da dialog med dem, som tilbuddene er rettet mod, ofte hjælper ift. at afdække barrierer for brug af samme tilbud og kan være med til at udvikle tilbud, som i højere grad når den tiltænkte målgruppe.

Endelig er der brug for, at der er nogen, der løfter opgaven ift. at drive forskning inden for området, herunder identificere og udvikle nye indsatser og interventioner til målgruppen, forbedre vores forståelse af de bagvedliggende årsager til dobbeltdiagnose og styrke samarbejdet på området. Uanset hvordan ændringer i 2024 kommer til at påvirke området, vil der være brug for et ungefokus og for samarbejder på tværs af de indsatser, som de unge kan opleve at have brug for.

8. Kilder

Danske retningslinjer/vejledninger/handleplaner				
Sted/Organisation og titel	År	Kilden omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse</i>	2019 tidl. 2016	Alkohol; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejdet med ung; pårørende	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-udredning-og-behandling-af-samtidig-alkoholafhængighed-og-psykisk-lidelse
Sundhedsstyrelsen: <i>Nationale kliniske retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis</i>	2019	Alkohol; psykisk lidelse; behandlingsmetoder;	Ikke aldersspecifik	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Nationale-kliniske-retningslinjer-Udvalgte-anbefalinger-til-brug-i-almen-praksis.ashx?sc_lang=da&hash=F5D1FE4305FE3DCA35B121FA1F797ABC
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilkyntning</i>	2015	Alkohol; stoffer; skizofreni; behandlingsmetoder; i mindre grad: samarbejde med ung, pårørende; organisering	Over 18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Kompliceret-skizofreni/National-Klinisk-Retningslinje-for-behandling-af-patienter-med-skizofreni.ashx?sc_lang=da&hash=BDBA209C2F66204E3D368F449659AD11
Sundhedsstyrelsen: <i>Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed</i>	2018, tidl. 2015	Alkohol; psykisk lidelse; behandlingsmetoder	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-behandling-af-alkoholafhængighed
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge</i>	2021	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; pårørende	6-18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-ADHD-boern-og-unge/NKR-udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-boern-og-unge.ashx
Sundhedsstyrelsen: <i>De nationale kliniske retningslinjer for udredning af ADHD hos voksne</i>	2017	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder	over 18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-ADHD-voksne/National-Klinisk-Retningslinje-ADHD-hos-voksne.ashx
Sundhedsstyrelsen: <i>De nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos børn og unge</i>	2019, tidl. 2016	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; pårørende	6-17 år	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-angst-hos-boern-og-unge
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje om behandling af angstlidelser hos voksne</i>	2021	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/NKR-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne
Sundhedsstyrelse og Socialstyrelsen: <i>Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner</i>	2014	Rusmidler; psykisk lidelse; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/retningslinjer-for-udarbejdelse-af-koordinerende-indsatsplaner
Sundhedsstyrelsen: <i>Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger</i>	2017, tidl. 2016	Rusmidler; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Ikke aldersspecifik	https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/narkotika/~media/796D337DC66D4F72A8991141B88BD699.ashx

Socialstyrelsen: <i>Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Viden til gavn.</i>	2020, tidl. 2016	Rusmidler; delvist psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; delvist pårørende; organisering	Ikke aldersspecifik	https://sbst.dk/udgivelser/2020/retningslinjer-for-social-stofmisbrugsbehandling
Socialstyrelsen: Nationale ADHD-handleplan – <i>Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område.</i>	2013	Psykisk lidelse; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Alle	https://sbst.dk/media/10736/10417_socialstyrrelsen_ADHD%20(1).pdf

9. Litteraturliste

- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument*. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose. (2020a). Helsefonden.
- Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose. (2020b). *Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler – viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019*. https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2022/11/artikelsamling_alliancen-unge-med-dobeltdiagnose.pdf
- Benjaminsen, L., & Enemark, M. (2020). *Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug – En registerbaseret analyse af de samfundsøkonomiske aspekter af stof- og alkoholmisbrug*. Velfærd. <https://www.vive.dk/media/pure/15640/5378245>
- Brouwers, M. C., Kerkvliet, K., & Spithoff, K. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, 352, i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
- EMCDDA. (2018). *Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends*. Publications Office of the European Union.
- Fan, Y., Zhang, G., Zhang, Z., Zhang, S., Liu, M., Lin, Y., Huang, Y., Zhong, X., Zhuang, X., & Liao, X. (2022). Critical Appraisal of Guidelines for Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation Post-Percutaneous Coronary Intervention. *Glob Heart*, 17(1), 14. <https://doi.org/10.5334/gh.1104>
- Hansen, S., & Ry, T. (2022). *Om unges og forældres møder med hjælpesystemerne - Når unge er ramt af psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler* (ISBN 978-87-993161-5-1). Scandinavian Print Group A/S. https://www.pihl-inklusive.dk/assets/om-unges-og-for%C3%A6ldres-m%C3%B8der-med-hj%C3%A6lpesystemerne_enkelt.pdf
- Hansen, S. P. (2020). Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier. In *Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose* (pp. 35-59). Helsefonden.
- Hansen, S. P., Ry, T., & Ungealliancen. (2022). *Om unges og forældres møder med hjælpesystemerne - Når unge er ramt af psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler* (ISBN 978-87-993161-5-1). Scandinavian Print Group A/S. https://www.pihl-inklusive.dk/assets/om-unges-og-for%C3%A6ldres-m%C3%B8der-med-hj%C3%A6lpesystemerne_enkelt.pdf
- Hao, R., Jin, H., Zuo, J., Zhao, R., Hu, J., & Qi, Y. (2022). Quality assessment of clinical practice guidelines on psychological distress of cancer patients using the AGREE II instrument. *Front Oncol*, 12, 942219. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.942219>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Updateret 2022*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning>
- Jensen, P., & Mårtensson, S. (2020). Fakta om målgruppen 'Unge med dobbeltdiagnose. Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler – viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019. I *Alliancen - Ung med dobbeltdiagnose* (pp. 21-29). Helsefonden.
- Jeppesen, P. P. (2018). *Behandling af dobbeltdiagnose i psykiatrien: En undersøgelse af Satspuljeprojektet* København.
- Khorami, A. K., Oliveira, C. B., Maher, C. G., Bindels, P. J. E., Machado, G. C., Pinto, R. Z., Koes, B. W., & Chiarotto, A. (2021). Recommendations for Diagnosis and Treatment of Lumbosacral Radicular Pain: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *J Clin Med*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/jcm10112482>
- Larsen, J., & Johansen, K. (2019). Dobeltdiagnose – en ubekvem betegnelse i det tværsektorielle arbejde? In B. Bjerre & E. Houborg (Eds.), *Rusmiddelbrugere: I krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder* (pp. 208).
- Marel, C., Mills, K. L., Kingston, R., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., Baker, A., & Teesson, M. (2016). *Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings* (978-0-7334-3609-3). https://www.murrayphn.org.au/wp-content/uploads/2019/01/Guidelines_management20of20co-occurring20AOD20and20MH20conditions20in20AOD20treatment20settings_202nd20ed.pdf

- Mårtensson, S., Düring, S. W., Johansen, K. S., Tranberg, K., & Nordentoft, M. (2022). Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 - a nationwide study of Danish register data. *Nord J Psychiatry*, 1-9.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2134921>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People. Leicester (UK): NICE Clinical Guidelines, No. 120*. British Psychological Society.
- Pedersen, M. U., Rømer Thomsen, K., Pedersen, M. M., & Hesse, M. (2017). Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive Behaviors*, 65(February), 40-50.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.09.005>
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationale retningslinjer for sociale stofmisbrugsbehandling*. Socialstyrelsen.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Treatment Improvement Protocol (TIP) 42: Substance Use Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. (Updated 2020)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<https://store.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/PEP20-02-01-004>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Treatment Considerations for Youth and Young Adults with Serious Emotional Disturbances/Serious Mental Illnesses and Co-occurring Substance* (No. PEP20-06-02-001).
https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/pep20-06-02-001.pdf
- Sundhedsstyrelsen. (2018a). *National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2019a). *De nationale kliniske retningslinjer for Behandling af angst hos børn og unge*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2019b). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse* Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen, & Socialstyrelsen. (2014). *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. Sundhedsstyrelsen.
- Thylstrup, B., Johansen, K., & Sønderby, L. (2009). Treatment effect and recovery — dilemmas in dual diagnosis treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(6), 552-560.
<https://doi.org/10.1177/145507250902600601>
- Thylstrup, B., & Jones, S. (2020). Nye fællesskaber. In *Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose*. Helsefonden.
https://dobbeltdiagnose.net/wp-content/uploads/14_Nye-F%C3%A6llesskaber_Alliancen2019.pdf
- Thylstrup, B., Schrøder, S., Bjønness, J., & Herold, M. (2020). *Forløb for forældre til unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer – evaluering af Vi-modellen*.
https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2020/Foraeldre_til_unge_med_db.diagnoser.pdf
- WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Retrieved 15 dec from https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Bilag 1. Samlet oversigt over den identificerede litteratur

Listen er ikke fyldestgørende og afspejler anden litteratur (rapporter, grå litteratur, hjemmesider), som vi har afdækket, og er først og fremmest tænkt som inspiration til eventuel videre læsning. Kilderne er ordnet efter kildetype og/eller tematik. Nogle kilder hører under flere tematikker, men optræder kun én gang for ikke at gøre listen for lang.

Danske retningslinjer/vejledninger/handleplaner				
Sted/Organisation og titel	År	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse</i>	2019 tidl. 2016	Alkohol; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejdet med ung; pårørende	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-udredning-og-behandling-af-samtidig-alkoholafhængighed-og-psykisk-lidelse
Sundhedsstyrelsen: <i>Nationale kliniske retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis</i>	2019	Alkohol; psykisk lidelse; behandlingsmetoder;	Ikke aldersspecifik	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Nationale-kliniske-retningslinjer-Udvalgte-anbefalinger-til-brug-i-almen-praksis.ashx?sc_lang=da&hash=F5D1FE4305FE3DCA35B121FA1F797ABC
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknudning</i>	2015	Alkohol; stoffer; skizofreni; behandlingsmetoder; i mindre grad: samarbejde med ung, pårørende; organisering	Over 18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Kompliceret-skizofreni/National-Klinisk-Retningslinje-for-behandling-af-patienter-med-skizofreni.ashx?sc_lang=da&hash=BDBA209C2F66204E3D368F449659AD11
Sundhedsstyrelsen: <i>Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed</i>	2018, tidl. 2015	Alkohol; psykisk lidelse; behandlingsmetoder	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-behandling-af-alkoholafhængighed
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge</i>	2021	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; pårørende	6-18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-ADHD-boern-og-unge/NKR-udredning-og-behandling-af-ADHD-hos-boern-og-unge.ashx
Sundhedsstyrelsen: <i>De nationale kliniske retningslinjer for udredning af ADHD hos voksne</i>	2017	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder	Over 18 år	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-ADHD-voksne/National-Klinisk-Retningslinje-ADHD-hos-voksne.ashx
Sundhedsstyrelsen: <i>De nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos børn og unge</i>	2019, tidl. 2016	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; pårørende	6-17 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-angst-hos-boern-og-unge
Sundhedsstyrelsen: <i>National klinisk retningslinje om behandling af angstlidelser hos voksne</i>	2021	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/NKR-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne
Sundhedsstyrelse og Socialstyrelsen: <i>Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner</i>	2014	Rusmidler; psykisk lidelse; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Over 18 år	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/retningslinjer-for-udarbejdelse-af-koordinerende-indsatsplaner

Sundhedsstyrelsen: <i>Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer</i>	2017	Rusmidler	Ikke aldersspecifik	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vejledning-om-den-laegelige-behandling-af-misbrug-af-kokain-og-andre-centralstimulerende-stoffer
Sundhedsstyrelsen: <i>Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger</i>	2017, tidl. 2016	Rusmidler; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Ikke aldersspecifik	https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/narkotika/~media/796D337DC66D4F72A8991141B88BD699.ashx
Socialstyrelsen: <i>Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Viden til gavn.</i>	2020, tidl. 2016	Rusmidler; delvist psykisk lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; delvist pårørende; organisering	Ikke aldersspecifik	https://sbst.dk/udgivelser/2020/retningslinjer-for-social-stofmisbrugsbehandling
Socialstyrelsen: <i>Nationale ADHD-handleplan – Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område.</i>	2013	Psykisk lidelse; behandlingsmetoder; samarbejde med ung; pårørende; organisering	Alle	https://sbst.dk/media/10736/10417_socialstyrrelsen_ADHD%20(1).pdf
Forløbsprogrammer/pakker og evalueringer af forløbsprogrammer/pakker				
Sted/Organisation og titel	År	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
SFI (Stig Bengtsson og Sine Ørkeby Gregersen): <i>Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser en forskningsoversigt</i>	2013	Rusmidler; psykisk lidelse; behandlingsmetoder; organisering	Over 18 år	https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2013-integrerede-indsatser.pdf
Sundhedsstyrelse og Socialstyrelsen (Implement Consulting Group): <i>National evaluering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser</i>	2021	Psykisk lidelse; delvist screening/udredning, samarbejde med ung og pårørende; organisering	Under 18 år	https://sst.dk/da/Udgivelser/2021/National-evaluering-af-forloebprogrammer-for-boern-og-unge-med-psykiske-lidelser
Sundhedsstyrelsen: <i>Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression.</i>	2017	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering	Under 18 år	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Forloebprogram-for-boern-og-unge-med-angst-og-eller-depression
Sundhedsstyrelsen: <i>Forløbsprogram for børn og unge med ADHD.</i>	2017	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering	Under 18 år	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Forloebprogram-for-boern-og-unge-med-ADHD
Sundhedsstyrelsen: <i>Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse.</i>	2017	Psykisk lidelse; screening/udredning; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering	Under 18 år	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Forloebprogram-for-boern-og-unge-med-spiseforstyrelser
Sundhedsstyrelsen: <i>Forebyggelsespakke Stoffer. Sundhed for alle</i>	2018	Rusmidler; psykisk lidelse; pårørende; organisering	Under 25 år	https://www.sst.dk/~media/3F9BEDDFCE104F4184594D996DA31BD4.ashx
Behandlingsmodeller/redskaber/metoder og evaluering af modeller/redskaber/metoder				

Sted/Organisation og titel	År	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Center for Rusmiddelforskning, AU (Kirsten Søndergaard Frederiksen, Mads Uffe Pedersen og Karina Berthu Ellegaard Skov): <i>Evaluering af PAV Forbehandlingsprogrammet, - Udbredelsen af 'Prøv Andre Veje' på åbne anbringelsessteder</i>	2020	Rusmidler; behandling	15-23 år, anbragte unge	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2020/Evaluering_af_PAV_projektet_CRF_marts_2020.pdf
Center for Rusmiddelforskning, AU (Karina Berthu Ellegaard Skov, Mads Uffe Pedersen, Kirsten Søndergaard Frederiksen og Michael Mulbjerg Pedersen): <i>Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner</i>	2020	Rusmidler; delvist psykisk lidelse; behandling; pårørende	15-25 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2020/Evaluering_af_udbredelsen_af Behandlingsmodeller_Uturn_U18.pdf
Center for Rusmiddelforskning (Mads Uffe Pedersen, Michael Mulbjerg Pedersen, Sheila Jones, Karina Ellegaard Holm og Kirsten Søndergaard Frederiksen): <i>Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt</i>	2017	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling	15-25 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2017/Behandling_af_unge_der_misbruger_stoffer_En_undersogelse_af_4_behandlingsmetoders_effekt_CRF2017.pdf
Center for Rusmiddelforskning (Birgitte Thylstrup, Sidsel Schrøder, Jeanett Bjønness, Maria Dich Herold): <i>Forløb for Forældre til Unge med Psykiske lidelser og Rusmiddelproblemer - evaluering af Vi-modellen</i>	2020	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; samarbejde med ung og pårørende	Pårørende	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2020/Foraelldre_til_unge_med_db.diagnoser.pdf
Center for Rusmiddelforskning (Morten Hesse, Birgitte Thylstrup, Angelina Isabella Mellentin): <i>Undersøgelse af korttidsbehandling for komorbiditet</i>	2012	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandling	Over 18 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Rapport_til_Helsefonden_og_SM_2.pdf
Direktoratet for kriminalforsorgen (Mette Lindgård Adamsen): <i>Screening for psykisk sygdom</i>	2013	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning	Indsatte over 18 år	https://www.ft.dk/samling/20131/almdel/reu/bilag/83/1317685/index.htm
Region H. Psykiatri (Enheden for Brugerundersøgelser): <i>Respekt, medinddragelse og frihed, Region Hovedstaden - Psykiatri, Oplevelse af kognitiv miljøterapeutisk behandling blandt psykiatriske patienter med dobbeltdiagnoser</i>	2011	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandling; organisering	Alle	https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/Documents/Afd_M_Rapport_MTB.pdf
Region H. Psykiatri (Mia Boholdt-Petersen, Solvej Mårtensson, Katrine Schepelern Johansen, Jesper Bak): <i>Afrapportering af recoveryprojektet. En undersøgelse af Recovery-stjernen og en analyse af recovery-processen hos indlagte patienter på afsnit M20, Afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling	Over 18 år	https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/Documents/Boholdt-Petersen%20et%20al%202021%20En%20unders%C3%B8gelse%20af%20Recovery-stjerne%20og%20en%20analyse%20af%20recovery-processen%20hos%20indlagte%20patienter%20p%C3%A5%20afsnit%20M20.pdf

Socialstyrelsen (Implement consulting group): <i>Vidensnotat Beskrivelse af en model for et kommunalt forebyggende tilbud til psykisk sårbare unge</i>	2020	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering	13-25-år og deres forældre	https://admin.sbst.dk/udgivelser/2020/vidensnotat-beskrivelse-af-en-model-for-et-forebyggende-kommunalt-tilbud-til-psykisk-saarbare-unge
Socialstyrelsen: <i>Samarbejdsmodellen Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen Introduktion og redskaber</i>	2015	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; samarbejde med ung	Unge	https://sbst.dk/unge/psykisk-saarbarhed/metoder-og-tilgange https://sbst.dk/unge/psykisk-saarbarhed/metoder-og-tilgange
Socialstyrelsen (SPUK, Susanne Pihl Hansen og Trine Ry): <i>Inspirationsguide UNG Rusmidler til udvikling og opkvalificering af rådgivnings- og behandlingsindsatser til unge med problematisk brug af rusmidler. Tillæg til Erfaringsopsamlingen 'UNG Rusmidler, Kompetenceudvikling i kerneelementer, baseret på behandlingsmodellerne U-turn og U18'</i>	2020	Rusmidler; delvist psykisk lidelse; screening/udredning; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering	Unge	https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/inspirationsguide-ung-rusmidler
Socialstyrelsen (Rambøll): <i>Screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug. Slutevaluering</i>	2015	Rusmidler; psykisk lidelse; Screening/udredning	Alle	https://viden.sl.dk/artikler/voksne/psykiatri/screenings-og-udredningsmodeller/
VIVE og Socialstyrelsen: <i>Inspiration til arbejdet med de meget udsatte borgere. -Tilgange til borgere med misbrug, psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemer</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; samarbejde med ung	Over 18 år	https://www.vive.dk/media/pure/16226/5735044
VIVE (Lars Fynbo, Katrine Sypli Kohl, Nicolai Nybro Hansen & Kristian Haulund Jensen): <i>Screening af rusmiddelbehandling til de mest udsatte unge, - Kvalitativ kortlægning af, hvordan MOVE-manualen kan tilpasses unge med samtidigt stofmisbrug, psykisk lidelse og/eller alvorlige sociale problemstillinger</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling	Ca. 15-25 år	https://www.vive.dk/media/pure/15928/5320551
VIVE (Mai Heide Ottosen, Nichlas Permin Berger & Nanna Høygaard Lindeberg): <i>Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel, En vidensoversigt</i>	2018	Psykisk lidelse; behandling	16-30 år	https://www.vive.dk/da/udgivelse/forebyggende-indsatser-til-unge-i-psykisk-mistrivsel-10315/
VIVE (Mette Verner & Helle Hansen): <i>Vidensafdækning af tidlige indsatser rettet mod børn og unge med angst eller depression</i>	2021 (2. udg.)	Psykisk lidelse; behandling; delvist samarbejde med ung og pårørende; organisering	3-18 år	https://www.vive.dk/da/udgivelse/vidensafdaekning-af-tidlige-indsatser-rettet-mod-boern-og-unge-med-angst-eller-depression-16236/
VIVE (Nichlas Permin Berger, Louise Høyer Bom, Lars Fynbo & Mie Kramme Abildtoft): <i>Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD. En kortlægning af viden fra forskning, eksperter og praktikere</i>	2019	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; behandling	Alle (underafsnit om unge)	https://www.vive.dk/da/udgivelse/effektive-metoder-til-misbrugsbehandling-af-borgere-med-adhd-11703/
VIVE (Nichlas Permin Berger, Iben Emilie Christensen, Lars Fynbo, Emil Bakkensen Johansen og Tobias Sønderby Jørgensen): <i>Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger -Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; screening/udredning; samarbejde med ung og pårørende; organisering	Over 18 år	https://sbst.dk/media/10235/Udredning%20af%20voksne%20med%20psykiske%20vanskeligheder%20misbrug%20og%20komplekse%20sociale%20problemstillinger%20Juni%202021.pdf

Andet ift. forebyggelse/behandling/efterbehandling				
Sted/Organisation og titel	År	Kilden omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Center for Rusmiddelforskning (Signe Ravn): <i>Kvalitativ devaluering af stofrådgivningen</i>	2012	Rusmidler; psykisk lidelse; samarbejde med ung og pårørende;	17-27 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Devaluering_Stofraadgivningen.pdf
Center for Rusmiddelforskning (Mads Uffe Pedersen): <i>Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling</i>	2012	Rusmidler, delvist psykisk lidelse; delvist behandling; delvist organisering	Alle	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Effekten_af_den_sociale_stofmisbrugsbehandling_-_servicestyrelsen-udkast1.pdf
Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (Katrine Schepelern Johansen og Birgitte Thylstrup): <i>Hvad har vi lært af 15 års projekter på dobbeltdiagnoseområdet?</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse; Screening/udredning; organisering	Alle	https://dobbeltdiagnose.net/wp-content/uploads/Hvad-har-vi-laert-af-15-aars-projekter-paa-dobbeltdiagnoseområdet.pdf
Region Hovedstadens psykiatri, kompetencecenter for retspsykiatri (Jette Møllerhøj, Liv Os Stølani): <i>KFR arbejdsrapport 5. et forstyrrende element i vores hverdag og i behandlingen, - professionelles syn på misbrug og misbrugsbehandling i den specialiserede retspsykiatri i Region hovedstaden psykiatri</i>	2020	Rusmidler; psykisk lidelse; Screening/udredning; behandling	Retspsykiatri	https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/kfr/Forskning-og-udvikling/Documents/KFR%20Arbejdsrapport%205.%202020.pdf
Sundheds- og ældreministeriet: <i>Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe, faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri</i>	2016 (2015)	Rusmidler; psykisk lidelse; Screening/udredning; behandling	Alle	https://sum.dk/Media/637643669634197031/Kortl%c3%a6gning%20af%20retspsykiatrien%202015.pdf
VIVE (Mette Lausten, Signe Frederiksen og Rikke Fuglsang Olsen): <i>Tidligere anbragte unge – 18 år og på vej mod voksenlivet, Forløbsundersøgelse af tidligere anbragte unge født i 1995</i>	2020	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; efterværn	18-22 år, anbragte unge	https://www.vive.dk/da/nyheder/2020/anbragte-unge-har-en-vanskeligere-start-paa-voksenlivet/
Organisering				
Sted/Organisation og titel	År	Kilden omhandler bl.a.	Målgruppe	link
Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (Katrine Schepelern Johansen, Sille Børsting-Andersen): <i>Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose. En inspirationsguide til forbedring af samarbejdet baseret på erfaringerne fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats</i>	2015	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Voksne	https://www.vive.dk/media/pure/8496/2034511
Institut for menneskerettigheder (Tinne Steffensen, Mette Gaardsted Frandsen og Nikolaj Nielsen.): <i>Retspsykiatri i et menneskeligt perspektiv</i>	2019	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Over 18 år, retspsykiatri	https://menneskeret.dk/udgivelser/retspsykiatri-menneskeretligt-perspektiv

Regeringens udvalg, arbejdsgruppe 2: <i>Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri</i>	2013	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Alle	https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/12/2013a-Indsatsenformenneskermedpsyklidelserbilag2-web.ashx.pdf
Region H.: <i>Sundhedsaftalen 2015 – 2018. Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom</i>	19.06. 2017	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Over 18 år	https://vip.regionh.dk/VIP/Redakt oer/1500A1.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-ANQCDT/\$FILE/Samarbejdsaftale%20voksne%20-%20final_19-06-2017.pdf
Region H. Psykiatri, Psykoterapeutisk Center Stolpegård: <i>Samarbejde på tværs – en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik</i>	2020	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Over 18 år	https://dobbeltdiagnose.net/wp-content/uploads/Rapport-APU-2020-RHP_TG.pdf
Region Sjælland, psykiatrien: <i>Rapport om Psykiatriens samarbejde med kommunerne i Region Sjælland 2007-2019</i>	2020	Psykisk lidelse; organisering	Alle	https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/rapport-samarbejde-mellem-psykiatrien-og-kommuner/Sider/default.aspx
Region Syddanmark og de 22 kommuner: <i>Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug</i>	2015 (revideret 2018)	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Alle	samarbejdsaftale-psykisk-lidelse-eller-misbrug-1.pdf (regionsyddanmark.dk)
Socialstyrelsen (Nordic Council of Ministers): <i>Nordic co-operation on young people's mental health. Cross-Nordic collaboration and practice examples</i>	2022	Psykisk lidelse; organisering	13-25 år	https://www.norden.org/en/publication/cross-nordic-collaboration-and-practice-examples
Socialstyrelsen (Deloitte.social): <i>Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug</i>	2015	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Voksne	https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/model-for-integreret-indsats
Socialstyrelsen: <i>Udfordringer i forhold til børn og unge på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; delvist organisering	Under 18 år	https://sbst.dk/udgivelser/2021/udfordringer-i-forhold-til-boern-og-unge-paa-det-specialiserede-socialomraade-kommunale-perspektiver
Socialstyrelsen: <i>Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; delvist organisering	Over 18 år (kaldes unge og voksne)	https://sbst.dk/udgivelser/2021/udfordringer-i-forhold-til-voksne-paa-det-specialiserede-socialomraade-kommunale-perspektiver
Sundhedsstyrelsen (SDU): <i>Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. Udvalgte eksempler</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Socialt udsatte	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/Sundhedsindsatser-maalrettet-socialt-udsatte-borgere.ashx
VIVE (Bente Bjørnholt og Annemette Thøstesen): <i>Kortlægning af PPR-ledernes oplevelse af de kommunale indsatser</i>	2021	Psykisk lidelse; organisering	Unge	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/kortlaegning-af-ppr-ledernes-oplevelse-af-de-kommunale-indsatser-16804/

VIVE (Camilla T. Dalsgaard, Hans Kloppenborg, Jakob Trane Ibsen, Kasper Lemvig & Maria Røgeskov): <i>Det specialiserede socialområde i de nordiske lande. Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Børn og unge	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/det-specialiserede-socialomraade-i-de-nordiske-lande-16527/
VIVE (Kasper Lemvig, Hans Kloppenborg & Camilla T. Dalsgaard): <i>Økonomisk styring af overgangsindsatsen til unge, -Inspiration til kommunernes økonomiske styring af indsatsen til unge i overgangen fra barn til voksen</i>	2022	Psykisk lidelse; organisering	Ung-voksen overgang	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/oekonomisk-styring-af-overgangsindsatsen-til-unge-17806/
VIVE (Katrine Iversen, Mads Thau & Hans Skov Kloppenborg): <i>Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet. Kortlægning af området for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap</i>	2019	Delvist rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Børn og unge	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/kommunernes-perspektiver-paa-centrale-udfordringer-paa-boerne-og-ungeomraadet-13678/
VIVE (Sine Kirkegaard): <i>Ung i ambulatorie for psykoterapeutisk udvikling. En undersøgelse af tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling, organisering	Under 25 år	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/ung-i-ambulatorie-for-psykoterapeutisk-udvikling-17102/
Policy				
Sted/Organisation og titel	År	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Alliancen – unge med dobbeltdiagnose og Helsefonden (Susanne Pihl Hansen, Peter Jensen og Monica C. Madsen): <i>Alliancen – Bedre hjælp til unge med dobbeltdiagnose. Grøn bog om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler</i>	2019	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; samarbejde med ung og pårørende; organisering; delvist anbefalinger til retningslinjer	Under 25 år	http://www.spuk.dk/uploads/2/6/2/3/26232090/gr%C3%B8nbog_unge_med_dobeltdiagnose_alliance_n_2019_enkeltsidet.pdf
Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark: <i>Midt i en mytetid. Hvidbog for børne- og ungdomspsykiatrien 2020</i>	2020	Rusmidler; psykisk lidelse	5-24 år	https://bupnet.dk/wp-content/uploads/2020/03/BUP_Hvidbog_20201.pdf
Dansk psykiatrisk selskab: <i>Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2021-2031</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse	Alle	https://www.dpsnet.dk/publikationer/hvidbog/
Danske regioner: <i>Dobeltdiagnoser. Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug</i>	2018	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Alle	https://www.regioner.dk/media/21777/et-samlet-behandlingstilbud-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-samtidigt-misbrug.pdf
Danske regioner: <i>Mental sundheds-et samlet tilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug</i>	2018	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Børn og unge	https://www.regioner.dk/media/8655/mental-sundhed-et-samlet-behandlingstilbud-til-mennesker-med-psykisk-sygdom-og-misbrug.pdf
Indenrigs- og Sundhedsministeriet: <i>Samlet tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose fra 2024</i>	10-06-2022	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Alle	https://sum.dk/nyheder/2022/juni/samlet-tilbud-til-mennesker-med-dobeltdiagnose-fra-2024

Regeringen: <i>Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025</i>	2018	Delvist rusmidler; psykisk lidelse	Alle	https://sum.dk/Media/637643698522009991/Vi%20i%20c3%b8fter%20i%20f%20c3%a6illesskab%20-%20en%20samlet%20handlingsplan%20for%20psykiatrien%20frem%20mod%202025.pdf
Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (Cathrine Juel Lau, Marie Holm Eliassen, Marie Stjerne Grønkjær, Maj Bekker-Jeppesen, Cecilie Goltermann Toxværd, Nina Gøtzsche, Maria Helene Jacobsen, Anne Helms Andreasen): <i>'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021, – Sundhedsadfærd og risikofaktorer</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse	Alle	https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Rapporter/Sundhedsprofil_2021_web.pdf
Rådet for Socialt Udsatte: <i>Socialt udsattes situation. Årsrapport 2021</i>	2021	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Alle	https://udsatte.dk/udgivelser/socialt-udsattes-situation-aarsrapport-2021
Rådet for Socialt Udsatte: <i>Rådet for Socialt Udsattes anbefalinger til implementeringen af udvalgte initiativer i strategien 'Metoder der virker på narkoområdet'</i>	2013	Rusmidler; psykisk lidelse; anbefalinger til retningslinjer	Alle	https://udsatte.dk/udgivelser/raadets-anbefalinger-til-implementering-initiativer-strategien-metoder-virker-paa
Sundhedsstyrelsen: <i>Fagligt oplæg til en 10-årsplan Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse; organisering	Alle	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan
Særfokus på inddragelse af pårørende og unge i forløb				
Sted/Organisation og titel	År	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Region H. psykiatri: <i>Pårørende guiden - Til dig der er pårørende til et menneske med psykisk lidelse</i>	2021	Psykisk lidelse; pårørende; organisering	Pårørende	https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/til-dig-som-paarørende/Documents/www_P%C3%A5r%C3%B8rendeguide_%202022.pdf
Sundhedsstyrelse og Socialstyrelsen: <i>Koncept for systematisk inddragelse af pårørende</i>	2018 (2014)	Psykisk lidelse; pårørende; delvist organisering	Pårørende til unge over 18 år	https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/koncept-for-systematisk-inddragelse-af-parørende
VIVE (Hans Skov Kloppenborg & Mette Lausten): <i>Udsatte unges inddragelse i kommunernes sagsbehandling</i>	2020	Psykisk lidelse; samarbejde med unge	12-17 år	https://www.vive.dk/da/udgivelser/udsatte-unges-inddragelse-i-kommunernes-sagsbehandling-14917/
VIVE (Laura Emdal Navne & Josefine Frøslev-Thomsen): <i>Indsatser til voksne pårørende på socialområdet. -Udvalgte eksempler fra litteraturgennemgang og interview med organisationer og kommunale tilbudsledere og -medarbejdere</i>	2022	Psykisk lidelse; behandling; pårørende; organisering	Voksne pårørende til unge over 18 år	https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2022/ny-kortlaegning-18-indsatser-til-voksne-parørende
VIVE (Tea Torbenfeldt Bengtsson & Sofie Henze-Pedersen): <i>Børn og unges inddragelse i myndighedssagsbehandling på børne- og ungeområdet. En vidensindsamling under Videnscenter om børneinddragelse og udsatte børns liv</i>	2022	Rusmidler; psykisk lidelse; samarbejde med ung	Børn og unge	https://www.vive.dk/da/temaer/boern-og-unges-trivsel/udgivelser/boern-og-unges-inddragelse-i-myndighedssagsbehandling-paa-boerne-og-ungeomraadet-18052/

Om målgruppen, unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer				
Sted/Organisation og titel	År	Kilden omhandler bl.a.	Målgruppe	Reference
Center for Rusmiddelforskning (Mads Uffe Pedersen, Kirsten Frederiksen): <i>Unge der misbruger rusmidler - hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling</i>	2012	Rusmidler; delvist psykisk lidelse;	15-24 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Unge_der_misbruger_rusmidler.pdf
Center for Rusmiddelforskning (Kim Møller, Jakob Demant): <i>Unge påbegyndelse af illegalt rusmiddelbrug. Et litteraturstudie over den nordiske forskning</i>	2011	Rusmidler	Fra ca. 15 år	https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2011/Unge_p%C3%A5begyndelse_af_illegalt_rusmiddelbrug_14012011B.pdf
Kompetencecenter for Dobbeldt diagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri (Katrine Schepelehn Johansen, Sidsel Busch, Pernille Pinderup Jeppesen, Solvej Mårtensson, Heidi Poulsen & Jonathan Led Larsen): <i>Dobbeldt diagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem</i>	2018	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; samarbejde med ung	Unge over 18	https://dobbeltdiagnose.net/wp-content/uploads/Johansen-et-al-2018-Dobbeldt-diagnosepatienters-moede-med-det-psykiatriske-behandlingssystem.pdf
Region H (Solvej Mårtensson, Kompetencecenter for Dobbeldt diagnoser): <i>Unge mellem 15 og 25 år med dobbeldt diagnose i psykiatrien fra 2002-2017</i>	Senest opdateret 2020	Rusmidler; psykisk lidelse	15-25 år	https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeltdiagnoser/Documents/Unge%20mellem%2015%20og%2025%20c3%a5r%20med%20dobbeltdiagnose%20i%20psykiatrien%20fra%2002-2017.pdf
VIVE (Lars Benjaminsen, Sigrid Trier Grønfeldt & Maya Christiane Flensborg Jensen): <i>Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien. En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner</i>	2018	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling; organisering	Unge i botilbud	https://www.vive.dk/da/udgivelse/r/kompleksitet-i-borgersager-og-opgaveloesning-i-socialpsykiatrien-6963/
Aalborg universitet (Noemi Katznelson, Helene Elisabeth Dam Jørgensen, Niels Ulrik Sørensen): <i>Hvem er de unge på kanten af det danske samfund? Om hverdagsliv, ungdomskultur og indsatser der gør en positiv forskel</i>	2015	Rusmidler; psykisk lidelse; behandling	15-30 år (varierende igennem rapporten)	https://udsatte.dk/udgivelser/unge-paa-kanten
Andre relevante hjemmesider				
Sted/Organisation og titel	Besøgs-dato	Omhandler bl.a.	Målgruppe	Refernce
Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: <i>Behandlingsportalen</i>	20.03.2023	Rusmidler; psykiske lidelse; screening/udredning; behandlingsmetoder	Alle	https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen
Kompetencecenter for dobbeldt diagnoser, Region H. Psykiatri	20.03.2023	Dobbeldt diagnose	Alle	https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeltdiagnoser/Sider/default.aspx
SIF/SDU	20.03.2023	Mental og sundhed	Alle	https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/mental+sundhed
SIF/SDU	20.03.2023	Alkohol	Alle	https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/alkohol

SIF/SDU	20.03.2023	Unge	Unge	https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/unge
Social- og boligstyrelsen: <i>Vidensportal på det sociale område</i>	20.03.2023	Rusmidler, psykisk lidelse, behandling	Alle	https://vidensportal.dk/
Sundhedsstyrelsen	20.03.2023	Alkohol	Alle	https://www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/alkohol
Sundhedsstyrelsen	20.03.2023	Stoffer	Alle	https://www.sst.dk/da/viden/Stoffer
Sundhedsstyrelsen	20.03.2023	Psykisk lidelse	Alle	https://www.sst.dk/da/viden/Psykiske-lidelser
UngeAlliancen, Helsefonden	20.03.2023	Dobbeltdiagnose	Unge	https://helsefonden.dk/ungealliancen

Bilag 2. Data fra survey til fagfolk

I dette bilag præsenteres en række resultater fra surveyen til fagfolk. I rapportens del 5 er præsenteret en række perspektiveringer fra surveyen, som trækker på svarene i dette bilag.

Der var i alt 246 påbegyndte survey-besvarelser, hvoraf 191 respondenter besvarede mere end de indledende demografiske spørgsmål, og 115 gennemførte hele surveyen. Vi har valgt at inkludere så mange svar som muligt fra de 191 respondenter og vil i den følgende gennemgang præcisere, hvor mange respondenter, der har svaret på de enkelte spørgsmål.

Tabel 1. De faglige respondents demografiske karakteristika (n=191)

	Antal/år
Køn	
Kvinder	146
Mænd	45
Alder	47,7 år
Arbejde	
Kommunal rusmiddelbehandling	125
Regional psykiatri	44
Privat rusmiddelcenter	6
Privat psykiatri	1
Andet ansættelsesforhold	15
Uddannelsesbaggrund	
Socialfaglig baggrund	103
Sundhedsfaglig baggrund	60
Anden baggrund	28
Stillingskategori	
Medarbejdere	99
Ledere	48
Mellemledere	18
Konsulenter	10
Andet	20
Erfaring på området	
5 år	130
10 år	90
3 år	33
Arbejde med unge	
Kontakt med unge i deres arbejde	150
Ingen kontakt med unge i deres arbejde	41

Der var flest kvinder blandt respondenterne 76% (n=146) sammenlignet med mænd 24% (n=45). Gennemsnitsalderen var 47,7 år.

Flere respondenter arbejder indenfor rusmiddelområdet end inden for psykiatri. I alt angav 23% (n=44) at arbejde inden for den regionale psykiatri og 1% i privatpsykiatrien, mens 65% (n=125) arbejdede i den kommunale rusmiddelbehandling, 3% (n=6) i et privat rusmiddelcenter, og 8% (n=15) oplyste et andet ansættelsesforhold.

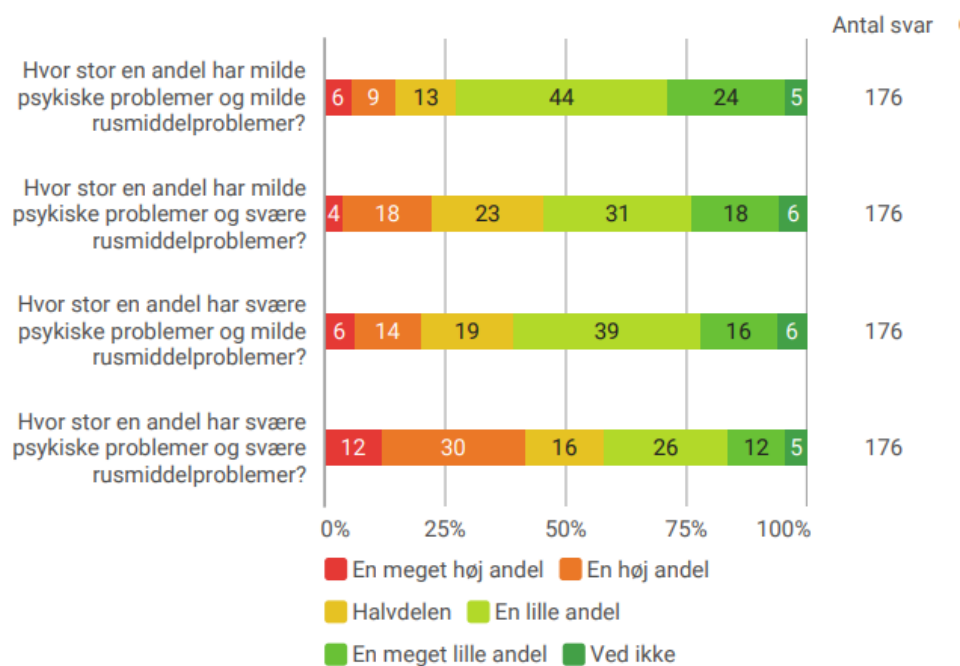
Lidt flere har en socialfaglig end sundhedsfaglig baggrund. Ud af de 191 respondenter angav 54% (n=103) en socialfaglig baggrund, f.eks. socialrådgiver og i mindre grad socialpædagoger, pædagoger, psykologer, terapeuter og lærere. Derudover angav 31% (n=60) en sundhedsfaglig baggrund, f.eks. læge, sygeplejerske, ergoterapeut, og enkelte en psykologfaglig baggrund. I alt 15% (n=28) svarede 'anden baggrund', f.eks. pædagog, sociolog, terapeut og psykologfaglig baggrund.

Lidt over halvdelen 52% (n=99) var medarbejdere, 25% (n=48) ledere, 9% (n=18) mellemledere, 5% (n=10) konsulenter og 10% (n=20) 'andet', f.eks. koordinatorfunktion eller selvstændig virksomhed. Omkring 64% (n=122) havde behandling som deres primære arbejdsopgave, fulgt af ledelse 29% (n=56), koordination 18% (n=34), administration 8% (n=15) og støtte-kontaktopgaver 3% (n=5). Syv procent (n=17) svarede 'andet'. Dette omfatter: uddannelse og supervision, lobbyisme og metode- og kompetenceudvikling, konsulentfunktion, faglige udviklingsopgaver og projektledelse, afdækning, undervisning og supervision, udredning, sundhedsfaglig behandler, screening og behandling, projektledelse og udviklingsopgaver, behandlingsmæssig forskning, forbedrings- og udviklingsopgaver.

Overordnet set havde respondenterne stor erfaring indenfor området, ligesom hovedparten oplyser at arbejde specifikt med målgruppen 'unge med samtidig rusmiddel- og psykiske problemer'. Langt de fleste (69% ud af 188 respondenter, som besvarede dette spørgsmål) havde mere end 5 års erfaring i arbejdet med unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Derudover angav 17% (n=33) at have mindre end 3 års erfaring og 48% (n=90) mere end 10 års erfaring. Flertallet, 79% (150 ud af de i alt 190 svar på spørgsmålet) havde direkte kontakt med unge inden for målgruppen i deres arbejde, f.eks. i form af samtaler og aktiviteter.

Geografisk er alle landets fem regioner repræsenteret i survey-besvarelserne, og der er besvarelser fra 43 forskellige kommuner. Flest kommer fra Region Hovedstaden (31%), fulgt af Region Midtjylland (26%), Region Syddanmark (15%), Region Sjælland (7%) og Region Nordjylland (4%). I alt har 17% af respondenterne ikke angivet, hvilken region de kommer fra.

Vi har gerne villet undersøge, hvilken del af målgruppen (som) respondenterne arbejder med. I både Danmark og internationalt opdeles dobbeltdiagnose i fire undergrupper, alt efter om de psykiske problemer og rusmiddelproblemerne er milde eller svære (også kaldet kvadrantmodellen (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020)). I surveyen anvendte vi derfor en tilsvarende opdeling for at karakterisere den målgruppe, som respondenterne angiver at arbejde med (se figur 3). Her svarede 15% af respondenterne, at andelen med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer udgør en stor eller en meget stor andel i deres behandlingstilbud, 22% svarede, at andelen med milde psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer er stor eller meget stor, 20% svarede, at andelen med svære psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer er stor eller meget stor, og 42% svarede, at andelen med svære psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer er stor eller meget stor.

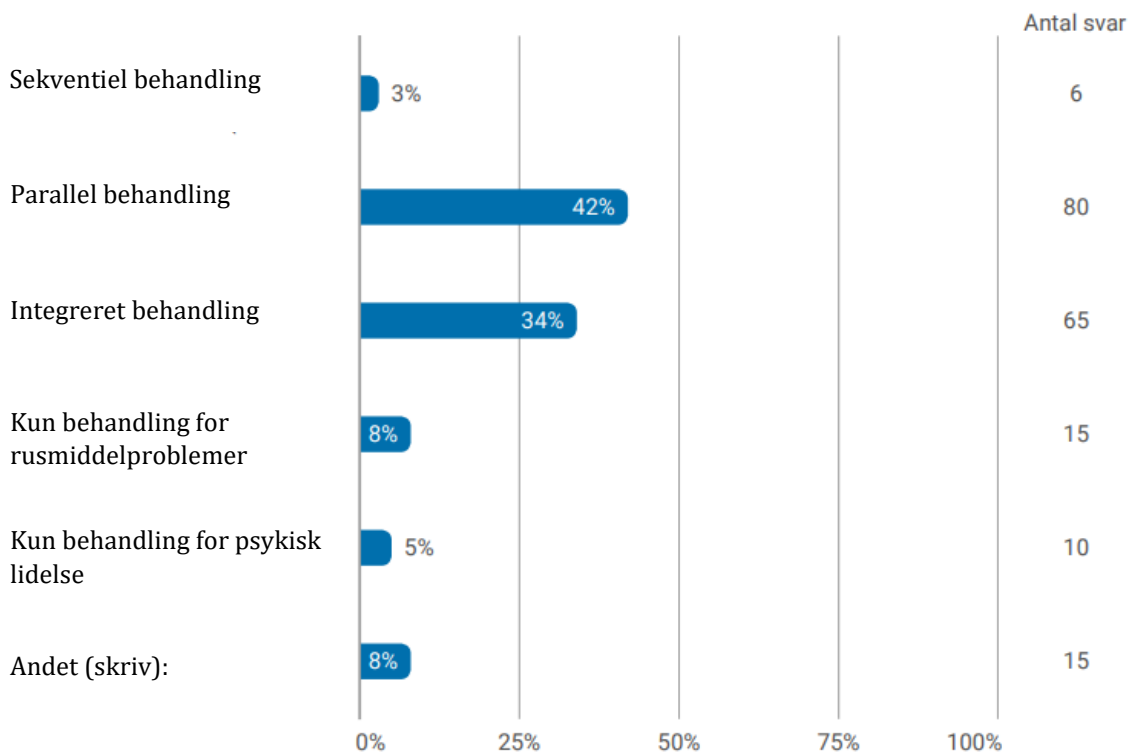


Figur 3. Andel med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer.

Hvad kendetegner den nuværende situation/indsatser på området?

Primære tilbud til de unge

Vi har spurgt respondenterne om, hvordan behandlingen hos dem primært er organiseret.



Figur 4. Organisering af behandling.

På spørgsmålet "Hvordan varetager I behandling af psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer" svarede langt de fleste respondenter, at unge hos dem primært får tilbudt behandling for rusmiddelproblemer og psykiske problemer samtidigt, men at det er forskelligt, om det varetages af samme eller forskellige teams/udbydere. Således svarede 42% (n=80), at de unge primært får behandling, hvor der er fokus på både psykiske problemer og rusmiddelproblemer samtidigt, men behandlingen gives af forskellige teams/udbydere (dvs. parallelbehandling). 34% (n=65) svarede, at de unge primært får behandling, hvor der er fokus på både psykiske problemer og rusmiddelproblemer samtidigt og givet af samme team/udbyder (dvs. integreret behandling). Meget få 3% (n=6) svarede, at i deres behandlingstilbud vil de unge primært få tilbudt behandling, hvor der først behandles for den ene tilstand derefter den anden (dvs. sekventiel behandling). 8% (n=15) svarede, at de unge primært får behandling, hvor der kun er fokus på rusmiddelproblemer, 5% (n=10) svarede, at de unge primært får behandling, hvor der kun er fokus på psykiske problemer, og 8% (n=15) svarede 'andet'.

Hvilke behandlingstilbud har de til de unge?

Der blev også spurgt ind til, hvilke behandlingstilbud de som arbejdsplads havde til unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, samt hvilke tilbud de oplevede som særligt gode til målgruppen. Svarkategorierne var prædefinerede med mulighed for uddybning under 'andet'. Svarene ses i tabel 2 nedenfor.

Chi-square test eller Fisher's exact test blev brugt til at undersøge, om der var en signifikant forskel mellem respondenter, der arbejder i kommunerne (rusmiddelbehandling) og regionerne (psykiatri). Når der er angivet tal for henholdsvis kommune og region er der en signifikant forskel.

Tabel 2. Behandlingstilbud til målgruppen

Tilbudstype (prædefineret svarkategori)	Hvilke tilbud de har på arbejdspladsen, der omfatter målgruppen			Hvilke tilbud finder de særligt gode til målgruppen.		
	Total, ja	Kommune	Region	Total, ja	Kommune	Region
Individuelle samtaler	93% (n=128) ^α	73%	55%	87% (n=119)		
Medicinsk	69% (n=95)			45% (n=62)		
Udredning	65% (n=90)					
Efterbehandling/opfølgning	53% (n=73)			44% (n=60)		
Gruppeforløb	46% (n=63)			47% (n=64) ^α	37%	19%
Rådgivning/mentorordning	33% (n=45)			40% (n=55)		
Andet	24% (n=33)			17% (n=23)		
Kunst og kreative forløb	17% (n=23) ^β	17%	2%	12% (n=16)		
Telefonisk hjælpelinje	13% (n=18)			14% (n=19)		
Støttegruppe	9% (n=13)			12% (n=17)		
Drop-in-center	5% (n=7)			7% (n=9)		
Ingen	4% (n=6)			4% (n=6)		
^α Chi-square test: p-værdi <0.05						
^β Fisher's exact test: p-værdi <0.05						

I alt havde 33 respondenter (også) afkrydset svarmuligheden 'andet', ift. hvilke tilbud de havde på deres arbejdsplads. Her nævnes bl.a.: afrusningsindlæggelser; yoga; cafe; læge; neuro-feedback; netværksmøder; ressource-grupper; krops- og gå-gruppe/walk and talk; brobygningsaktiviteter; samtale uden tid; koordinering/fællesteam; dobbeltdiagnosetilbud; kædeveste (som er nogle tunge veste, der har samme funktion som kugledyner, hvor vægten/trykket mod kroppen skal have en beroligende virkning). Ift. hvilke tilbud de fandt særligt gode, har 23 respondenter afkrydset i 'andet'. Her nævnes bl.a.: koordinerede samtidige indsatser; ingen tidsbegrænsning; 'samarbejder' mellem indsatser; kædeveste.

Hvilke behandlingsmetoder bruger de?

Vi spurgte også ind til konkrete behandlingsmetoder (se tabel 3). Omkring 90% anvendte den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi og over 75% stof- eller psykoedukation.

Chi-square test eller Fisher's exact test blev brugt til at undersøge, om der var en signifikant forskel mellem respondenter, der arbejder i kommunerne (rusmiddelbehandling) og regionerne (psykiatri). Hvor der er angivet tal for henholdsvis kommune og region er der en signifikant forskel.

Tabel 3. Behandlingsmetoder til målgruppen

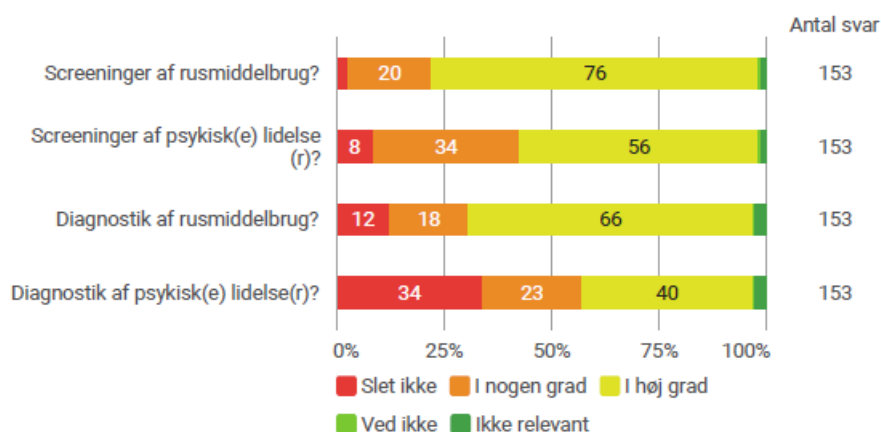
Behandlingsmetoder (prædefineret svarkategori)	Hvilke behandlingsmetoder bruges			Hvilke behandlingsmetoder opleves særligt gode til målgruppen		
	Total, ja	Kommune	Region	Total, ja	Kommune	Region
Motiverende samtale	91% (n=124) ^α	71%	51%	76% (n=103) ^α	59%	47%
Kognitiv adfærdsterapi	90% (n=123) ^α	72%	43%	71% (n=96)		
Stof- eller psykoedukation	77% (n=106) ^α	65%	34%	66% (n=89)		
NADA	54% (n=74)			39% (n=52) ^β	33%	15%
Narrativ tilgang	45% (n=61) ^α	40%	15%	35% (n=47)		
Mindfulness	42% (n=57) ^β	39%	9%	27% (n=37)		
Social færdighedstræning	39% (n=53)			37% (n=50)		
Substitutionsbehandling	38% (n=52)			18% (n=24)		
Løsningsorienteret tilgang	36% (n=50) ^α	32%	15%	28% (n=38)		
Familiebehandling (eks. samtaler, multisystemic therapy m.fl.)	34% (n=46) ^α	29%	11%	24% (n=33)		
Dialektisk adfærdsterapi	23% (n=32)			23% (n=31)		
Eksponeringsterapi	23% (n=31)			11% (n=15)		
Fysisk træning	19% (n=26) ^β	14%	11%	25% (n=34) ^β	18%	17%
Miljøterapeutisk behandling	18% (n=24)			21% (n=28)		
Peer-støtte	10% (n=12)			16% (n=18) ^α	8%	19%
Fysioterapi	5% (n=7)			7% (n=9)		
Ergoterapi	3% (n=4)			5% (n=7)		
Ingen	2% (n=2)			2% (n=)		
^α Chi-square test: p-værdi <0.05						
^β Fisher's exact test: p-værdi <0.05						

Fjorten respondenter har (også) afkrydset svarmuligheden 'andet'. Her uddyber nogle, at de på deres arbejdsplads også anvender metoder som: socialfaglig støtte; kropsterapi; skematerapi; sanserum; mestringsstrategier; naturterapi; kunstterapi; pårørende-behandling; Psykodynamisk psykoterapi (tegneterapi, ISTDP, emotionsfokuseret terapi); systemisk terapi; ACT; Neurofeedback; MOVE; Gruppebaseret kropsterapi og Ruminationsfokuseret Kognitiv Adfærdsterapi; ACT (acceptance and commitment therapy). Af metoder i feltet 'andet' fremhævet som særligt gode nævnes flere gange, at det afhænger af den unge, men ellers nævnes bl.a.: naturterapi; kunstterapi; systemisk terapi; MOVE og Psykodynamisk psykoterapi (tegneterapi, IIP og emotionsfokuseret terapi).

Screening og diagnostik

Respondenterne besvarede også spørgsmål om screening og diagnostik.

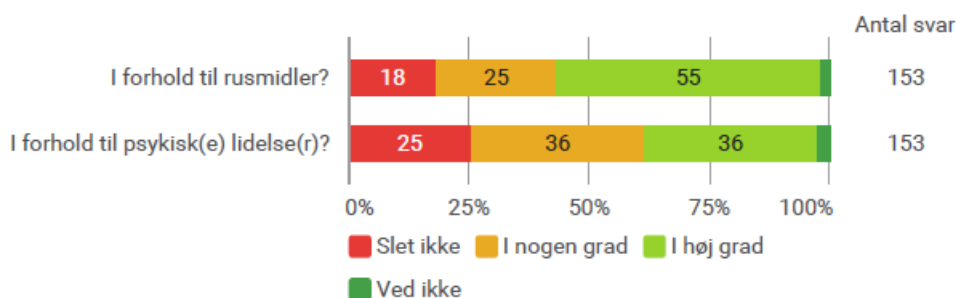
I figur 5 nedenfor ses respondenterne svar på, om deres afdeling/enheder har kompetencer ift. screening og diagnostik af henholdsvis rusmiddelbrug og psykiske lidelser. Vi kan se, at der er flere, der besidder disse kompetencer ift. rusmidler end ift. psykiske lidelser.



Figur 5. Kompetencer til at foretage screening og/eller diagnostik af rusmiddelbrug og/eller psykiske lidelser.

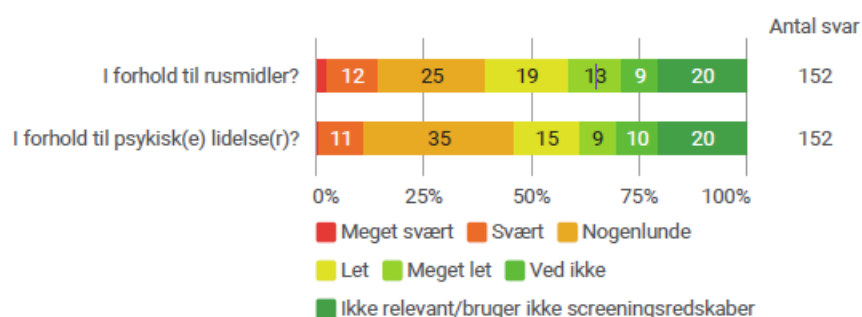
En del af forklaringen på variationen i svarene kan være, at der er flere respondenterne fra rusmiddelbehandlingen end fra psykiatrien, og vi har derfor undersøgt, om der er nogen signifikant forskel mellem besvarelsene fra henholdsvis kommune og region. Vi fandt en statistisk signifikant forskel mellem respondenter fra regionerne og kommunerne, når det kommer til diagnostik af rusmiddelbrug og diagnostik af psykisk(e) lidelse(r). Langt flere i kommunerne (77%, n=85) svarede, at de i høj grad har kompetencer til at diagnosticere unge med rusmiddelbrug, mens 42% (n=14) i regionerne svarede det samme. I alt svarede 36% (n=52) af respondenterne fra kommunen, at deres enhed slet ikke har kompetence til diagnostik af psykiske lidelser, mens ingen fra regionerne var enig i, at deres enhed slet ikke havde kompetence til diagnostik af psykiske lidelser.

Et andet spørgsmål inden for området screening og diagnostik var, i hvor stor udstrækning, der blev brugt strukturerede redskaber til dette. Figur 6 nedenfor viser, at det gøres der i en vis udstrækning. Dog svarede 18% af respondenterne, at der gør de ikke ift. rusmidler, og 25%, at det gør de ikke ift. psykisk lidelse.



Figur 6. Brug af screeningsredskaber.

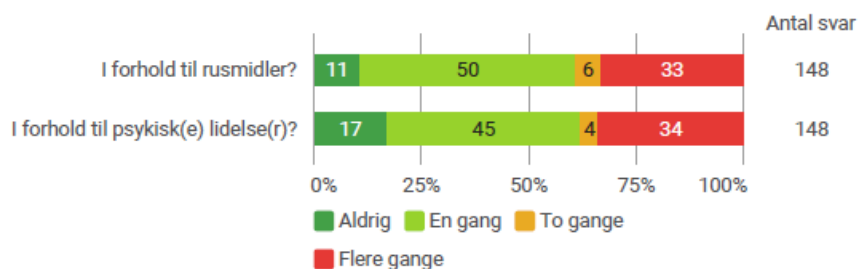
En del af forklaringen på, at man ikke bruger screeningsredskaber kan være, at man har svært ved at finde frem til dem, der er evidens for. Figur 7 nedenfor viser, at det kan godt være en del af forklaringen, men ikke den hele, da 32% svarede, at det er let eller meget let at få viden og overblik over screeningsredskaber ift. rusmidler og 24% svarede, at det er let eller meget let at få viden og overblik over screeningsredskaber ift. psykiske lidelser.



Figur 7. Viden og overblik ift. evidensbaserede screeningsredskaber.

Vi har undersøgt, om der var forskel på svarerne fra henholdsvis kommunale og regionale medarbejdere. I alt svarede 25% (n=36) af respondenterne fra kommunen, at det var 'nogenlunde' at finde frem til gode og evidensbaserede screeningsredskaber, mens 35% (n=12) fra regionen svarede det samme. Tolv procent (n=17) fra kommunen mente, at det var 'meget svært' eller 'svært' at få overblik over de bedste screeningsredskaber til psykisk lidelse, men ingen fra regionen svarede, at det enten var 'meget svært' eller 'svært'. Her viste Fisher's exact test en statistisk signifikant forskel mellem svar fra regioner og kommuner(ne) ift. oplevelse af at have overblik/viden om de bedste screeningsredskaber til psykisk lidelse, hvor de regionalt ansatte oplevede at have et større overblik.

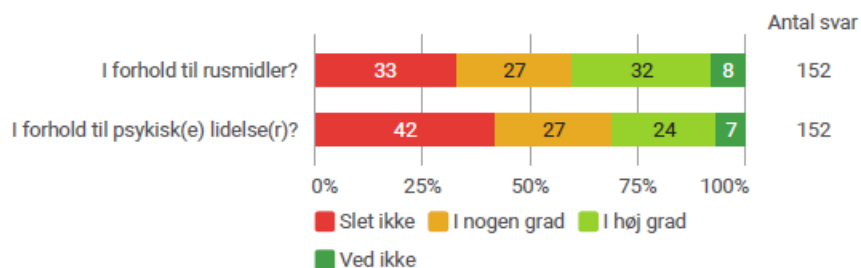
Vi har også spurgt til, hvor ofte man screener – om det kun er en gang, f.eks. i forbindelse med indskrivning, eller om det er flere gange over et behandlingsforløb, hvilket kan give mulighed for at monitorere forandring. I nedenstående figur 8 ses, at ca. 40% svarede, at det blev gjort to eller flere gange. Omkring halvdelen svarede, at det blev gjort en gang ift. rusmidler, mens lidt under halvdelen svarede, at det blev gjort en gang ift. psykisk lidelse, mens 11% svarede, at det aldrig blev gjort ift. rusmidler og 17% at det aldrig blev gjort ift. psykisk lidelse.



Figur 8. Screeningsfrekvens i forløb med den enkelte borger/patient.

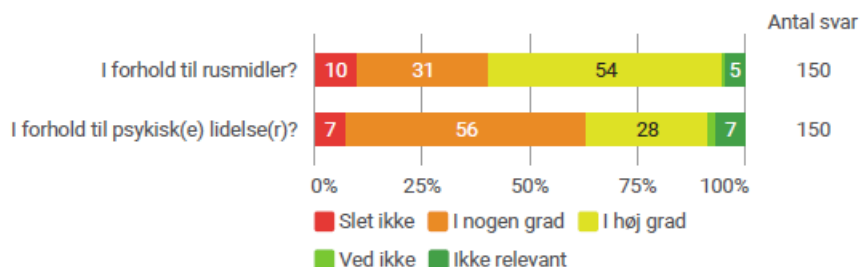
Der var statistisk signifikant forskel på, om respondenter screenede for psykisk lidelse. Af de respondenter, som arbejdede i kommunen, svarede 22,9%, at de screenede for psykisk lidelse flere gange under et forløb, mens 3.0% i regionerne svarede, at de screenede for psykisk lidelse flere gange under et forløb.

Udover screening har vi også spurgt til, om respondenterne brugte diagnostiske redskaber i deres arbejde. I figur 9 nedenfor kan vi se, at der var en pæn andel – 33% ift. rusmidler og 42% ift. psykiske lidelser – der slet ikke brugte diagnostiske redskaber.



Figur 9. Brug af diagnostiske redskaber.

De foregående spørgsmål har haft fokus på muligheden for at identificere, om patienter/brugere/borgere har psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det næste spørgsmål er jo så, om man oplever at have mulighed for at hjælpe med de problemer, som man får afdækket. Her kan vi se i figur 10, at når det gælder rusmiddelproblemer, så svarede 54%, at det kan de 'i høj grad', og 31%, at det kan de 'i nogen grad'. Tallene er ca. omvendte, når det gælder psykiske lidelser, hvor 28% svarede, at det kan de 'i høj grad', og 56% svarede, at det kan de 'i nogen grad'.

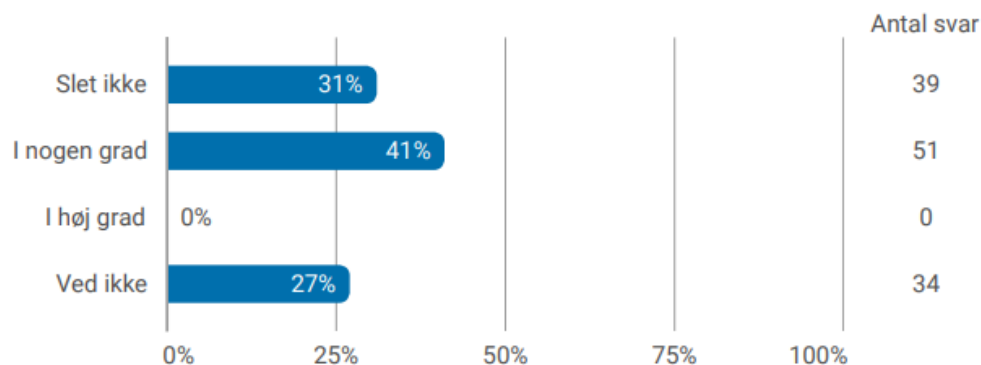


Figur 10. Kan behandlingstilbud imødekomme de problemer, der afdækkes?

Igen kan variationen i dette svar jo skyldes, at der er forskellig antal informanter fra kommune og region. En analyse viste, at der var statistisk signifikant forskel på, at flere respondenter, som arbejdede i regionen, svarede, at de 'i nogen grad' eller 'i høj grad' (90.1%, n = 33) oplevede at

være i stand til at imødekomme problemer afdækket gennem screening og diagnostik af psykisk lidelse, sammenlignet med respondenter, som arbejdede i kommunerne; 81.3% (n=87).

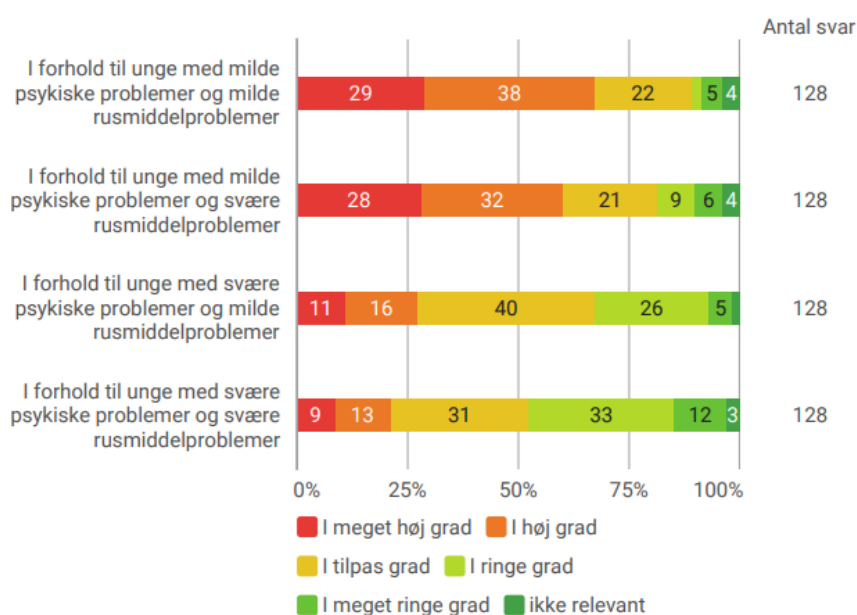
Vi har også spurgt informanterne om, hvorvidt de oplever, at de nuværende efterbehandlings- og efterværnstilbud i Danmark er tilstrækkelige.



Figur 11. Er de nuværende efterværns/efterbehandlingstilbud tilstrækkelige?

I alt svarede 124 respondenter på spørgsmålet, fordelt på, at 31% 'slet ikke', 41% 'i nogen grad', 0% 'i høj grad', og 27% (n=34) 'ved ikke'.

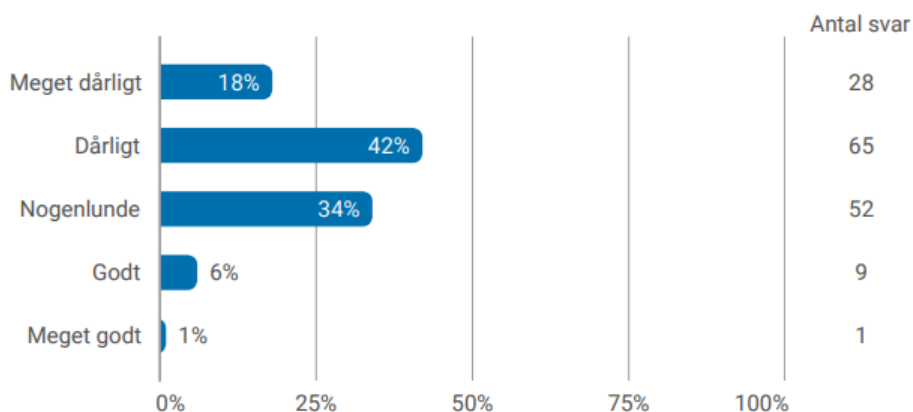
I nedenstående figur 12 har respondenterne svaret på, om de oplevede at have kompetencer til at hjælpe unge med dobbeltdiagnose. Vi har delt unge med dobbeltdiagnose op i de samme fire grupper som i figur 3: Unge med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer, unge med milde psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer, unge med svære psykiske lidelser og milde rusmiddelproblemer og unge med svære psykiske lidelser og svære rusmiddelproblemer. Det ses, at flest respondenter vurderede, at de kunne hjælpe unge med milde psykiske problemer og milde rusmiddelproblemer (i 'tilpas grad' til 'i meget høj grad'), mens færrest mente, at de kunne hjælpe unge med svære psykiske problemer og svære rusmiddelproblemer (i 'ringe grad' til 'i meget ringe grad' grad). Under 5% har svaret, at det ikke var relevant.



Figur 12. Relevante kompetencer i arbejdet med unge med sammenfaldende rusmiddelproblemer og psykisk lidelse.

Samarbejde

Udover spørgsmål om behandlingstilgang og -metoder og brug af screenings- og diagnostiske redskaber, spurgte vi også respondenterne om deres oplevelse af samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling.

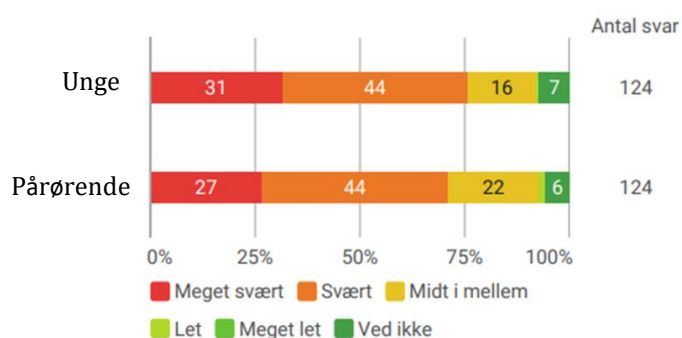


Figur 13. Overordnet karakteristik af samarbejdet.

På spørgsmålet om, hvordan de ville betegne samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling, svarede 18% ud af i alt 155, at det var 'meget dårligt', 42%, at det var 'dårligt', 34%, at det var 'nogenlunde', 6%, at det var 'godt', og 1%, at det var 'meget godt'.

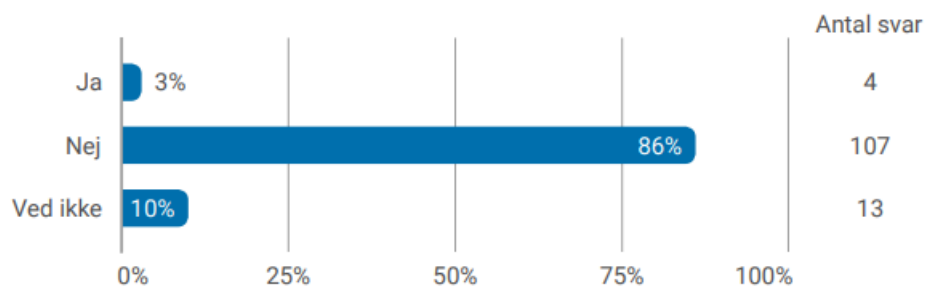
Adgang til tilbud

De foregående afsnit har haft fokus på indholdet i de tilbud, der findes til unge med dobbeltdiagnose. I dette afsnit er fokus på, om det er let for de unge at komme i behandling. Figur 14 viser, hvorvidt respondenter oplevede, at det er let for unge at få overblik over de tilgængelige tilbud. I alt svarede 75%, at de oplevede det som 'svært' eller 'meget svært', mens 71% svarede, at det var 'svært' eller 'meget svært' for deres pårørende.



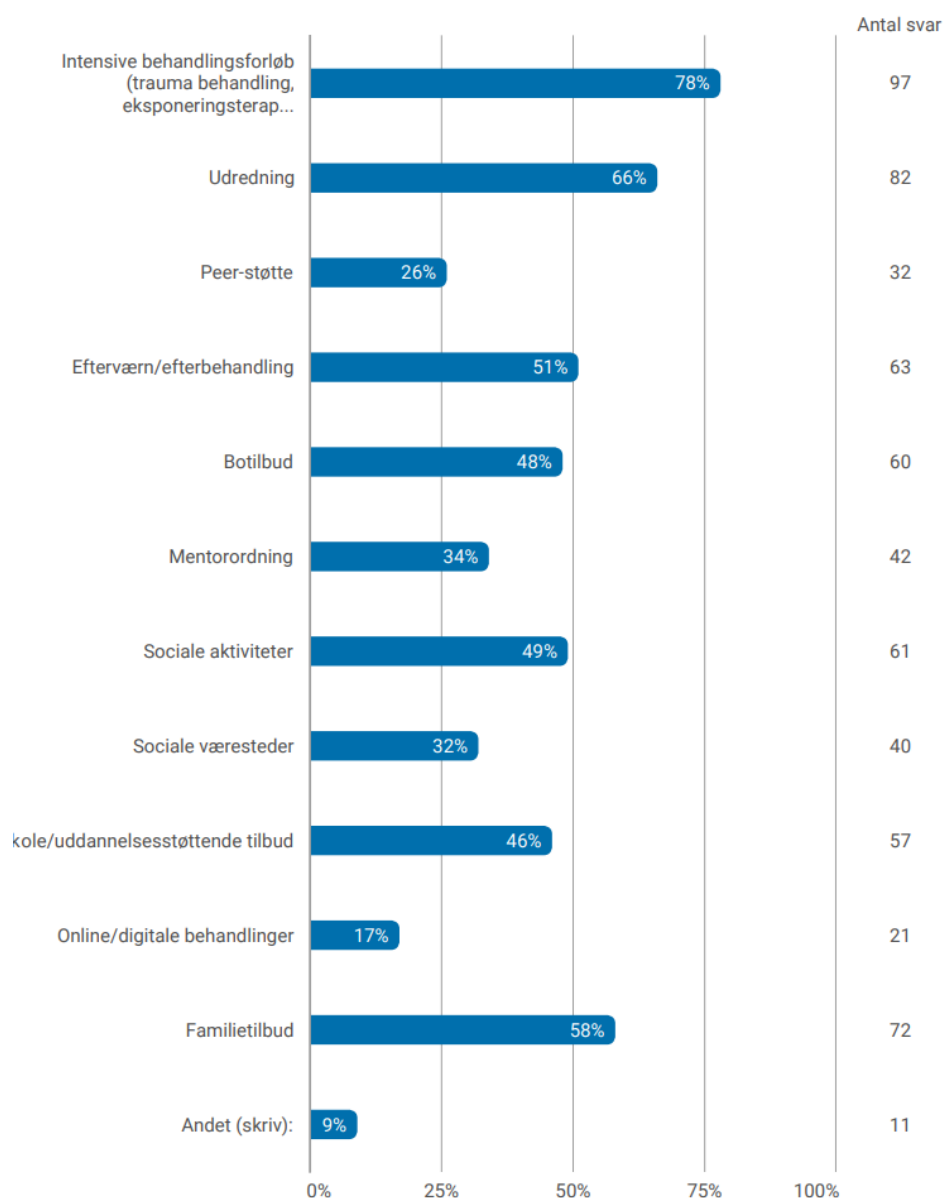
Figur 14. Overblik over tilgængelige tilbud i Danmark.

Vi har også spurgt til, om respondenterne oplevede en mangel på tilbud til unge med dobbeltdiagnose i Danmark. Her svarede 86% (107 ud af i alt 124), at der ikke var tilstrækkeligt med tilbud til unge med dobbeltdiagnose (se figur 15).



Figur 15. Er der tilstrækkelige tilbud til unge med dobbeltdiagnose i Danmark.

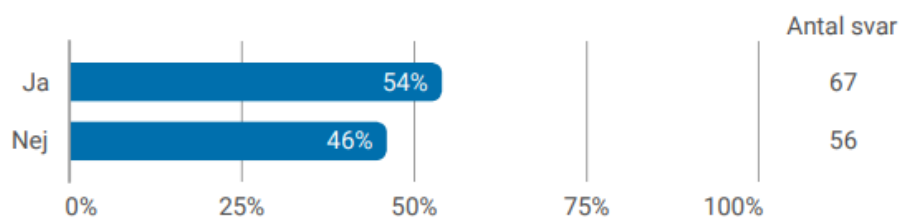
I nedenstående figur 16 har respondenterne svaret på, hvad de syntes manglede af tilbud i Danmark. Der var her mulighed for at vælge et ubegrænset antal tilbud fra en prædefineret liste samt mulighed for at tilføje andre tilbud under 'andet'. Besvarelserne viste, at flest mente der manglede intensive behandlingsforløb (78%), udredning (66%) og familietilbud (58%). Disse områder var efterfulgt af efterbehandling/ efterværn (51%), botilbud (48%), sociale aktiviteter (49%) samt skole/uddannelsesstøttende tilbud (46%). Færre mente, at der manglede en mentorordning (34%), sociale væresteder (32%), peer-støtte (26%) eller online-/digital behandling (17%). Der var 9%, der havde tilføjelser til 'andet', hvor det mest var 'kombinerede og koordinerede tilbud' samt 'tilbud i psykiatri og socialpsykiatri', der blev efterlyst. Hertil nævnte en enkelt respondent 'kurser i livsmestring'.



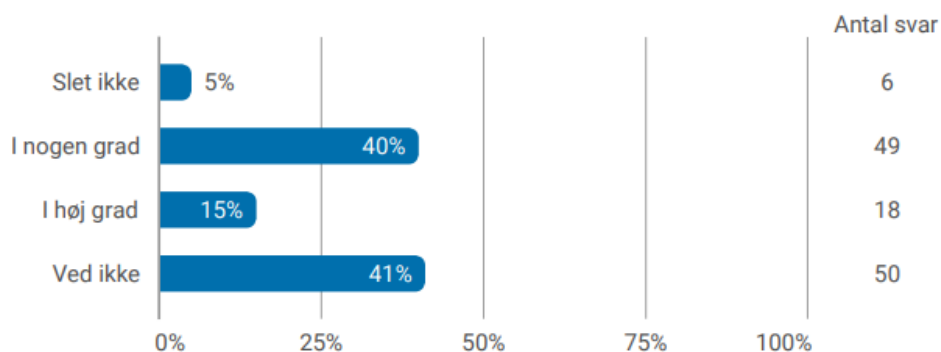
Figur 16. Hvilke tilbud mangler der til unge med dobbeltdiagnose i Danmark.

Retningslinjer – udbredelse, kendskab og anvendelse

Vi spurgte, om respondenterne havde kendskab til nationale guidelines, retningslinjer og vejledninger samt lokale guidelines, retningslinjer og vejledninger. Som det fremgår af nedenstående figur 17 svarede 54% (67 ud af 123), at de kendte til relevante nationale guidelines, retningslinjer og vejledninger ift. unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. På spørgsmålet om, hvorvidt retningslinjerne er nyttige svarer 40% (n=49), at de fandt dem nyttige 'i nogen grad', og 15% (n=18), at de fandt dem nyttige 'i høj grad' (se figur 18).

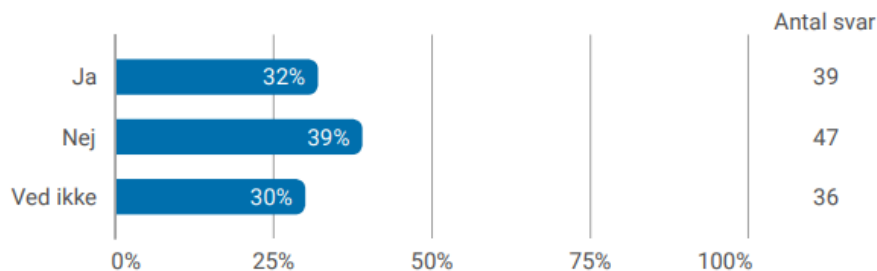


Figur 17. Kender du til relevante nationale guidelines/retningslinjer/vejledninger?

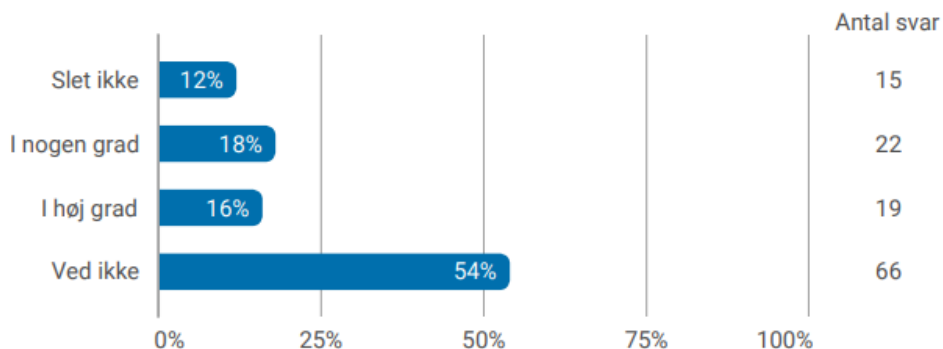


Figur 18. Oplever du, at nationale guidelines/retningslinjer/vejledninger er nyttige?

Nedenstående figur 19 viser, at 32% (39 ud af 122) svarede, at der foreligger lokale guidelines, retningslinjer og vejledninger til unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, mens 39% (n=47) svarede 'nej' og 30% (n=36) 'ved ikke'. Halvdelen af dem, der svarede positivt (n=22), fandt det nyttigt 'i nogen grad' og lidt under halvdelen (n=19) fandt det nyttigt 'i høj grad' (se figur 20).



Figur 19. Foreligger der lokale guidelines/retningslinjer/vejledninger ift. unge med dobbeltdiagnose?



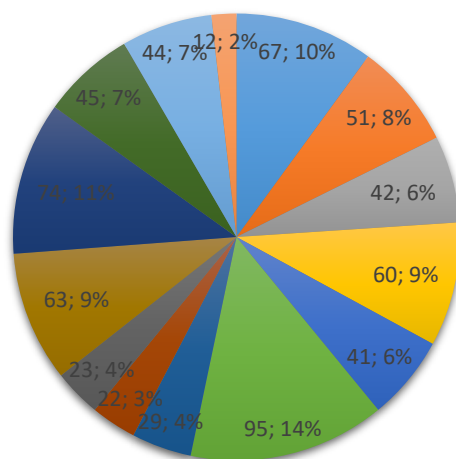
Figur 20. Oplever du, at de lokale guidelines/retningslinjer/vejledninger er nyttige?

Respondenterne havde haft mulighed for at nævne eksempler på brug af henholdsvis nationale og lokale guideline, retningslinjer og vejledninger. Mens der ikke blev nævnt nogle lokale eksempler, blev nationale eksempler nævnt: National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse; National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknudning; Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner og Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.

Hvad bør retningslinjer indeholde?

Hvad fagfolkene mente, at retningslinjer ift. unge med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser/problemer konkret skal indeholde, blev undersøgt ved: 1. At bede respondenterne svare på (ud fra nogle prædefinerede svarkategorier), hvad de syntes, retningslinjer på henholdsvis nationalt og lokalt plan burde indeholde, for at være 'brugbare' (respondenterne kunne vælge flere svar); 2. At bede respondenterne skrive, hvad de så som de tre vigtigste pointer, der skal medtages i udarbejdelsen af nationale retningslinjer for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug.

Hvad skulle nationale guidelines/retningslinjer/vejledninger indeholde for at du vil tænke, at de er brugbare? (du kan vælge flere ting)



- Screeningsredskaber
- Diagnoseredskaber
- Evidensbaserede anbefalinger af farmakologiske interventioner
- Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner
- Efterværn/efterbehandling
- Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose
- Modeller for implementering af interventioner (forbedringsmodeller)
- Modeller for implementering af feedback (forbedringsmodeller)
- Modeller for implementering af påmindelsessystemer (forbedringsmodeller)
- Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling
- Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling
- Strategier til vurdering af evidensens, kvalitet og anbefalingsstyrke ved psykiatrisk behandling
- Strategier til vurdering af evidensens, kvalitet og anbefalingsstyrke ved rusmiddelbehandling
- Andet (skriv)

Diagram 1. Indhold af nationale guidelines/retningslinjer/vejledninger.

De seks punkter blandt de prædefinerede svar, som flest pegede på var:

- Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose (n=95, 78%)
- Screeningsredskaber (n=76, 62%)
- Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling (n=74, 61%)
- Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling (n=63, 52%)
- Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner (n=60, 49%)
- Diagnostiske redskaber (n=51, 42%)

I forhold til lokale retningslinjer var de seks punkter, blandt de prædefinerede svar, som flest pegede på (der kunne igen vælges flere svar):

- Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose (n=88, 74%)
- Screeningsredskaber (n=72, 61%)
- Diagnostiske redskaber (n=56, 47%)
- Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner (n=47, 39%)
- Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling (n=45, 38%)
- Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling (n=42, 35%)

Det var de samme seks temaer, der fik flest svar ift. både nationale og lokale retningslinjer.

Ønsker til indholdet af nationale retningslinjer for målgruppen

Survey-spørgsmålet "Hvad er de tre vigtigste pointer, som skal medtages i udarbejdelsen af nationale retningslinjer for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug?" førte til mange forskellige svar, både ift. indhold og omfang. Nogle af respondenterne svarede med en beskrivelse af, hvad de synes, de manglede viden om, og andre svarede ved at beskrive, hvad de havde god erfaring med. Svarene spændte fra enkelte ord som "udredning" til længere beskrivelser som denne:

At uanset hvor den unge dukker op (psykiatri el social) så iværksættes en koordineret indsats med hurtig involvering af relevante parter og med forventningsafstemning med den unge, familie og psykiatri- og socialområdet der munder ud i en behandlingsplan som tager udgangspunkt i den unge og som iværksættes uden unødigt ventetid... Vigtigt med her og nu indsats, så den unge oplever at de får hjælp, når de er klar til det og ikke skal vente og miste troen på systemet.

I alt var der 212 besvarelser. Der blev efterfølgende foretaget en tematisk opdeling af besvarelserne, som efterfølgende er skrevet sammen.

Ønsker til indholdet

1. Evidens for anbefalinger i retningslinjer. Her peges på vigtigheden af: 1) At retningslinjer tydeligt er baseret på evidens og giver mulighed for kvalitetssikring af tilbud og indsatser (enkelte kunne f.eks. godt tænke sig, at der differentieres mere klart mellem 'skal' og 'bør' i vejledninger), 2) At retningslinjerne rummer evidensbaserede anbefalinger indenfor både farmakologisk og non-farmakologisk behandling, 3) At retningslinjerne kan guide ift. gode metoder og forløb, 4) At retningslinjerne giver mulighed for evaluering – også i form af relevante evalueringsredskaber.

2. Retningslinjer, der inkluderer viden om medicin for psykiske lidelser og problemer med rusmidler. Mange kunne godt tænke sig, at retningslinjer gav viden om og eksempler på: 1) Samspillet mellem rusmiddelbrug og psykisk lidelse, 2) Effekter og samspil mellem rusmidler og medicin, 3) Tværfagligt samarbejde og dialog ift. medicin/ikke medicin og anden behandling, 4) Særlige opmærksomhedspunkter ift. unge.

3. Screening, udredning og diagnosticering. Her peges på vigtigheden af anbefalinger til: 1) Evidensbaserede redskaber, 2) Lettere adgang til screening, udredning og diagnosticering, 3) Klar formuleret forpligtelse og overholdelse af screening, udredning og diagnosticering.

4. Behandlingstilgange, der er særligt gode til målgruppen. Der peges på, at det er godt, hvis behandling er: 1) Integreret, 2) Evidensbaseret, 3) Tværfaglig og specialiseret, 4) Fleksibel, 5) Alderssvarende, 6) Efterbehandling og støtte, 7) Særlige tilbud til de unge udenfor behandling.

5. Ensartede muligheder og tilbud til alle unge. Der peges på, at det bl.a. er vigtigt med: 1) Ensartet behandling over hele landet, f.eks. at der er viden om og tilbud til unge samt nok

pladser i psykiatrien, 2) Mulighed for uddannelse/videreuddannelse inden for området, 3) Hjælp til de unge, uanset hvor de henvender sig. Der refereres bl.a. til 'no wrong door'-princippet, og der peges særligt på, at psykiatrien ikke må afvise unge med rusmiddelbrug.

6. Ungesyn og principper for tilgangen til de unge. Her peger flere på vigtigheden af: 1) At systemet rykker hurtigt og samtidig møder den unge med fleksibilitet og god tid, 2) At den unge mødes med en helhedsorienteret tilgang, 3) At den unge mødes positivt, med tålmodighed og respekt, 4) At den unge mødes med fleksibilitet og kreativitet i tilgange, 5) At det er vigtigt at se den unge som et helt menneske, og ikke kun fokusere på rusmiddelproblemer og psykiske problemer og eventuelle diagnoser af disse, 6) At der altid 'er en god grund' til den unges adfærd og opførsel, 7) At arbejde med den unges motivation og ambivalens, 8) At den unge inddrages aktivt i hele forløbet, 9) At tidsaspektet er særligt vigtigt for unge.

7. Velfungerende faglige samarbejder på tværs af faggrupper, instanser, sektorer (eks. rusmiddelcentre, psykiatri, skole). Der peges på, at det bl.a. er vigtigt med: 1) Samlende strategier, der sikrer den helhedsorienterede indsats, 2) Øget fokus på forebyggelse, bl.a. gennem samarbejder med skoler, 3) Styrket koordinering mellem aktørerne, 4) Mere klar ansvarsfordeling mellem samarbejdspartnere, 5) Fokus på samtænkning/tæt tværfagligt samarbejde, 6) Vidensdeling på tværs af indsatser/organisationer/sektorer.

8. Øget inddragelse af sociale netværk. Der peges på, at det bl.a. er vigtigt med fokus på: 1) Hvordan pårørende (forældre/søskende, kærester, venner) og andre relevante parter som f.eks. skole bedst inddrages i behandlingen, 2) Flere pårørendetilbud (særligt forældre- og søskendetilbud), 3) Øget opmærksomhed på at bidrage til at skabe nye sunde fællesskaber for de unge.

Bilag 3. Fund fra de to workshops med fagfolk

Det følgende er en tematisk præsentation af de gennemgåede fund, som deltagerne på de to afholdte workshops afslutningsvist kvalificerede.

Arbejdet med målgruppen

Faglig viden. En af forudsætningerne for at kunne tilbyde en god behandling til unge med samtidige rusmiddel- og psykiske problemer/lidelser er, at medarbejderne, der yder indsatserne, har relevant faglig viden og kompetencer, der løbende opdateres. Samtidig blev spørgsmålet om, hvad det er, man som professionel specifikt skal være 'ekspert' i, rejst, fordi dobbeltdiagnose favner bredt over mange kombinationer af forskellige psykiske problemer/lidelser/diagnoser og rusmiddelproblematikker. Dvs. hvad er det for en særlig faglighed og særlige kompetencer, der knytter sig til arbejdet med unge, der har samtidige rusmiddel- og psykiske problemer/lidelser?

Ungetilgang. Der var bred enighed om, at ungdom er en særlig og foranderlig periode i et menneskes liv og derfor også kræver en særlig tilgang. Der skal være en forståelse af, hvad det vil sige at være ung. Det er derfor bl.a. nødvendigt, at beskrivelsen, karakteristikken af den unges problematikker – herunder diagnosticering – er dynamisk, fordi den kan ændre sig over tid og efter kontekst.

Relationer. Der var også bred enighed om, at relationelle og socialpædagogiske kompetencer (også) har en vigtig plads i arbejdet med de unge. I det hele taget at relationsarbejdet er afgørende, hvorfor den unge helst skal have en gennemgående (professionel) person, som følger den unge, og som den unge har tillid til. Hertil blev der peget på værdien af f.eks. at benytte motivationsarbejde og en assertiv (opsøgende) tilgang til de unge.

Fleksibilitet i tilgang og behandling. Udover at timing og tid blev anset som afgørende aspekter i arbejdet med de unge, blev fleksibilitet fremhævet som et centralt aspekt ved god behandling til unge med dobbeltdiagnose. 'Nogle gange skal man som professionel kunne handle nu, andre gange er det vigtigt lige at klappe hesten', som det blev beskrevet. Fleksibiliteten er nødvendig både ift. tilgang, organisering og valg af indsatser, dog forudsat at de nødvendige faglige kompetencer også er til stede.

God behandling/gode indsatser til unge med dobbeltdiagnose blev derfor også beskrevet som et system, der skal bygge på en fast base af solid faglighed i kombination med fleksible tilgange. Det vil samtidig betyde, at jo bredere målgruppe et tilbud har, des større bredde må der også være i medarbejdernes kompetencer og ift. behandlingstilgange og indsatser. Samtidig var der enighed om, at der er behov for bedre viden om, hvad forskellige indsatser kan tilbyde, og hvor man som professionel kan/skal henvende sig, når der er behov for noget, der ligger udenfor ens eget kompetenceområde.

Spørgsmålet om evidensbaserede tilgange blev også berørt. Der var enighed om, at hvor dette findes, bør indsatserne selvfølgelig være baseret på disse (men stadigvæk med den nødvendige fleksibilitet og individuelle tilpasning, der blev nævnt ovenfor). Det var dog også oplevelsen, at organiseringen af tilbud og indsatser i højere grad er styret af økonomi frem for evidens.

Samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelbehandling

Mange aktører. Behandling og indsatser til unge med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske problemer/lidelser rækker som oftest langt ud over indsatser i regi af kommunal rusmiddelbehandling og regional psykiatri. Ofte belaster det også ift. eventuel

skole/uddannelse, job, familie og økonomi og kalder derfor på en tværsektoriel indsats, hvor koordinering får en helt afgørende betydning. Der var erfaringer med, at det ikke nødvendigvis er rusmiddelbehandling og psykiatri, der er vanskeligst at få til at hænge sammen – men at det er alle de andre nødvendige, sociale indsatser, som kan være svære at få til 'at spille med'.

Kendskab. Der var bred enighed om, at et gensidigt kendskab på tværs af indsatser og sektorer understøtter samarbejdet, men også at det er vigtigt, at der skabes strukturer for samarbejdet. Som et positivt eksempel på en struktureret indsats blev nævnt 'gensidig fremskudt funktion/indsats', der kan betyde, at psykiatri og rusmiddelcentre kommer hinanden ved, tager del i møder, laver oplæg for hinanden og praktiserer systematisk sparring.

Overgange. Samtidig blev der peget på, at det kan være en udfordring for den unge at skulle starte forfra og fortælle sin historie flere gange. Hertil blev der peget på, hvordan re-visitationssystemet i psykiatrien kan spænde ben for gode overgange mellem indsatser. Der blev også peget på, hvordan det kan være godt systematisk at arbejde med lange overgangsperioder for de unge, idet det nogle gange kan give mening at holde en ung lidt længere i børne- og ungdomspsykiatrien end til den aldersgrænse, der er sat, ligesom der kan være eksempler på det omvendte. Aldersmæssigt er rusmiddelcentre mere fleksible og kan i højere grad selv definere deres aldersspænd end psykiatrien.

En anden pointe adresserede traumer og akutmodtagelsers eventuelle fremtidige rolle, idet de formodes at møde en del dobbeltdiagnose-ramte unge med traumer af forskellig karakter. Ikke mindst unge, der endnu ikke modtager anden behandlingshjælp og måske blot er kort omkring en akutmodtagelse uden opfølgning. Her kunne det være nyttigt med et system, hvor man sikrer, at den unge kommer videre til relevant behandling. Eks. ved at have et system hvor akutmodtagelsen enten har tilladelse til eller systematisk spørger om samtykke til at videregive kontakt-informationer på den unge til rusmiddelcenteret, der så kan tage direkte kontakt til den unge. Fremfor som nu hvor akutmodtagelserne kun må give den unge information om, hvor han/hun selv kan henvende sig.

Forældre og pårørende

Den unges netværk og pårørende er vigtige – både når de er en ressource, og når de er et problem – og må indtænkes i behandlingstilbud. Både i form af eventuel inddragelse i den unges forløb, men også i form af særlige tilbud til pårørende/den unges netværk. Det kan f.eks. være forældretilbud og søskendetilbud, der kan have form af individuelle samtaler, gruppeforløb og andet.

Retningslinjer og implementering

Ønsker til nationale retningslinjer. Der blev gjort overvejelser, ift. hvordan den bedste udformning af nationale retningslinjer til behandling af unge med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske problemer/lidelser kunne tage sig ud, og hvad sådanne retningslinjer skal kunne. Der var grundlæggende enighed om, at retningslinjer er med til at definere kerneopgaver. Hermed vil retningslinjer til (tværsektoriel) behandling af unge med dobbeltdiagnose kunne bidrage til at definere, at unge med samtidige rusmiddel- og psykiske problemer/lidelser er en kerneopgave. Helt grundlæggende var der enighed om, at det vil være godt, hvis retningslinjer bidrager til en bedre forståelse af målgruppen, og hvordan man som professionel bedst møder og hjælper de unge. En del af dette kunne være eksempler på, hvordan man kan tale med de unge; beskrivelser af, hvordan man udreder, når der er tale om et ungt menneske med psykiske problemer/lidelser og et samtidigt problematisk brug af rusmidler; og ved at give indblik i nogle af de farmakologiske problemstillinger, der kan være forbundet med at medicinere, når der samtidig er rusmidler på spil.

Implementering. Hertil blev det anset for vigtigt, at retningslinjer gøres landsdækkende og implementeres ensartet over hele landet. Det sagt, var der også enighed om, at det er vigtigt i forbindelse med implementering at have øje for den geografiske variation, der bl.a. findes ift.: afstande (nogle steder skal de unge bevæge sig langt og med dårlig offentlig transport for at komme til behandling), rekrutteringsmuligheder (der er stor variation ift. mulighederne for at skaffe faguddannede medarbejdere) og organisering.

Evaluering. Hertil er det vigtigt, at retningslinjer, udover at guide ift. valg og udformning af indsatser m.m., også kan guide ift. opfølgning på og evaluering af indsatser. En ting er som behandlingssted at have et særligt tilbud – det kunne f.eks. være screening, udredning, pårørendebehandling m.m. – noget andet er løbende at sikre, at tilbuddet lever op til en forventet standard. Der blev også peget på, at det vil være nyttigt, hvis retningslinjer kan bruges som arbejds-/sparringsredskab til at tjekke for eventuelle 'blinde felter' ift. egen praksis, og at retningslinjer på den måde vil kunne bidrage til at fremme en reflektiv praksis.

Overgange. Retningslinjer bør også rumme forpligtende overgangsbeskrivelser, hvor det er vigtigt, at der står, om noget 'bør' ske eller 'skal' ske. I det hele taget er det vigtigt, at retningslinjer sætter fokus på og kan hjælpe ift. overgange – både mellem rusmiddelbehandling og psykiatri – men også når en ung går fra f.eks. ungeregi til voksenregi. Endelig må retningslinjer gerne rumme modeller for sagsgange og forløb/forløbsbeskrivelser, der beskriver, hvad der skal gøres.

Opsamlende havde deltagerne tre centrale ønsker til, hvad retningslinjer skal kunne: 1) Hjælp ift. at skabe gode rammer/præmisser for god og evidensbaseret behandling, inkl. modeller for hvordan der bedst skabes sammenhæng mellem sektorer, 2) Identificere konkrete metoder til screening og udredning, behandlingstilgange, opfølgning, efterbehandling m.m. og 3) Pege på, hvordan man kan evaluere, om retningslinjerne er godt nok implementeret i praksis.

Bilag 4. Data fra survey til unge

I rapportens del 6 ovenfor er de centrale pointer fra surveyen blandt de unge præsenteret. I dette bilag gives en lidt mere omfattende præsentation af undersøgelsens resultater.

Otte unge påbegyndte surveyen, og syv gennemførte. Hertil har en pårørende svaret på surveyen. Da der kun er tale om én forælder, er dette svar ikke medtaget i det følgende. Det er vigtigt at understrege, at der er tale om meget få respondenter, og at svar derfor ikke kan generaliseres.

Hvem har besvaret surveyen?

På nær en respondent var alle kvinder, og gennemsnitsalderen for de unge var 24,8 år. Syv af de unge boede alene, og en boede med sin forlovede.

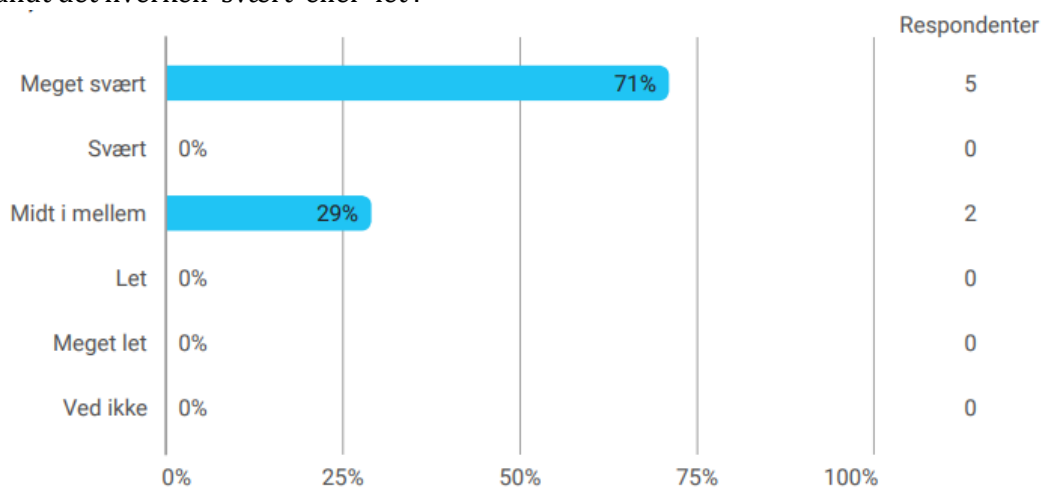
I gennemsnit vurderede de unge, at de var 18,6 år, da de første gang havde brug for hjælp ift. rusmiddelproblemer, og 21 år, da de fik professionel hjælp. På samme vis vurderede de i gennemsnit, at de var 13,8 år, første gang de havde brug for hjælp ift. psykiske problemer, og 16,5 år, da de fik professionel hjælp. Dvs. at respondenterne oplevede at få psykiske problemer før rusmiddelproblemer, og at der gik ca. tre år, fra de oplevede at have brug for hjælp, til de fik professionel hjælp.

Tabel 4. De unge respondents demografiske karakteristika (n=7/8).

	Antal/år
Køn	
Kvinder	7
Mænd	1
Alder	
Gennemsnit	24,8 år
Hvem man bor sammen med	
Alene	7
Forældre eller værge	0
Venner	0
Bofælleskab med tilknytning til behandling	0
Andet	1
Alder ved behov for hjælp vdr. Rusmiddelproblemer	
Første gang havde brug for hjælp	18,6 år
Modtog professionel hjælp	21 år
Alder ved behov for hjælp vdr. psykiske problemer	
Første gang havde brug for hjælp	13,8 år
Modtog professionel hjælp	16,5 år

Hvor let er det at danne sig overblik over tilbud?

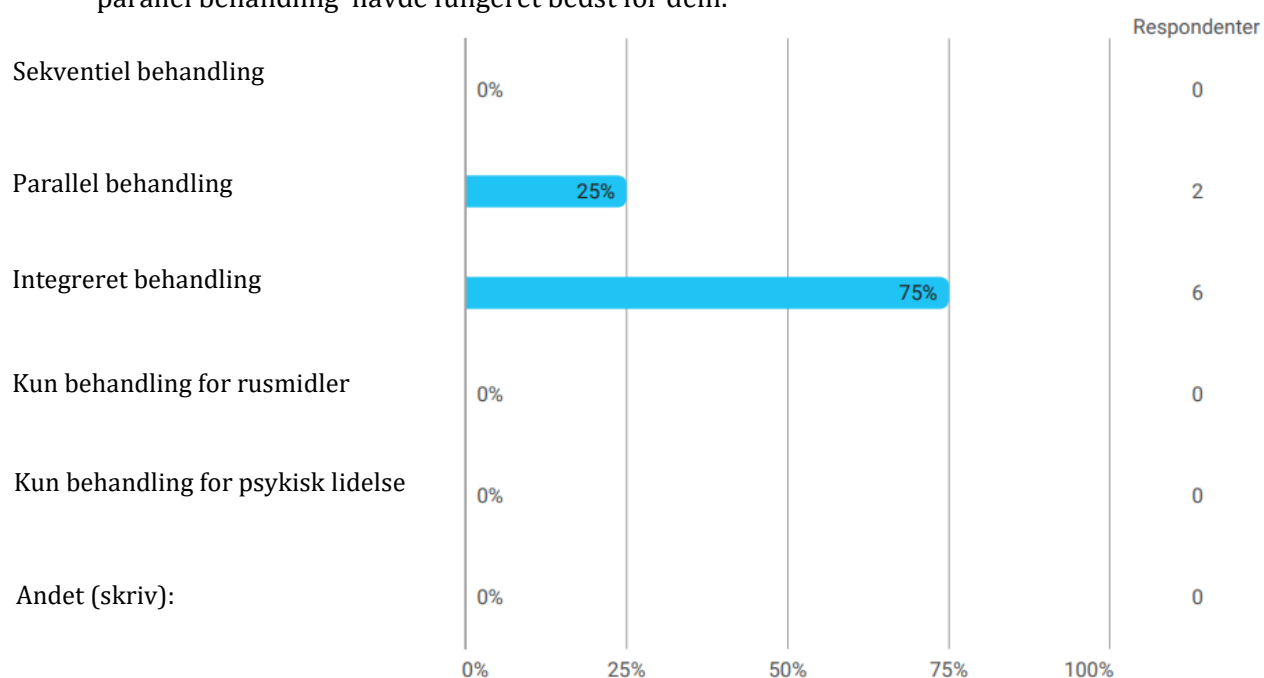
Vi har spurgt de unge, hvor let det var at få overblik over tilgængelige tilbud. I nedenstående figur 21 fremgår det, at 5 ud af 7 vurderede, at det var meget svært for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer at få overblik over tilgængelige tilbud i Danmark. To fandt det hverken 'svært' eller 'let'.



Figur 21. Hvor let er det at få overblik over tilgængelige tilbud?

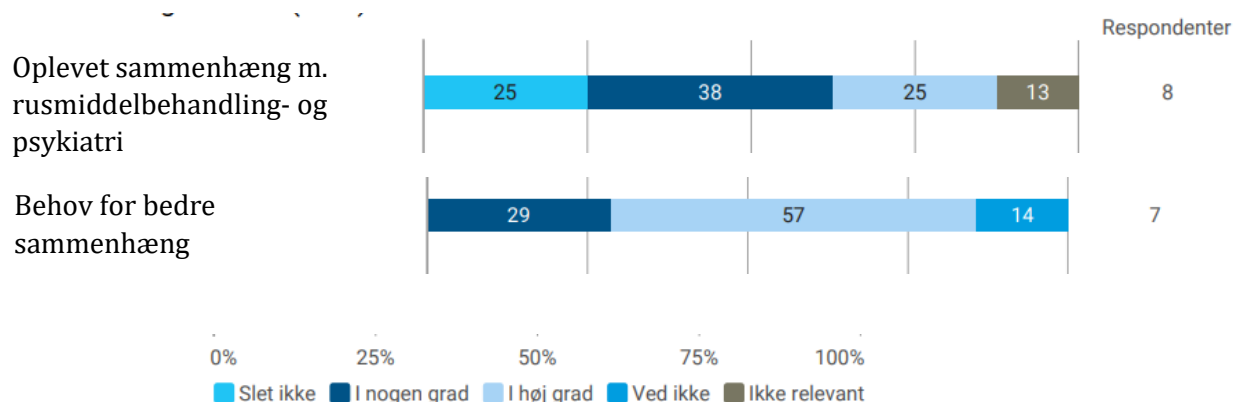
Sammenhæng mellem behandling

Adspurgt, hvilken type behandling der har virket bedst (med svarmuligheder, der eksemplificerede sekventiel-, parallel- og integreret behandling samt behandling, der kun havde fokus på rusmidler eller psykiske problemer), svarede 3/4, at 'integreret behandling', og 1/4, at 'parallel behandling' havde fungeret bedst for dem.



Figur 22. Hvilken type behandling har fungeret bedst for dig?

På spørgsmål om, i hvilken grad der havde været samarbejde mellem rusmiddelbehandling og psykiatri, svarede 5 ud af 8, at de har oplevet, at der var sammenhæng/koordinering mellem psykiatri og rusmiddelbehandling, men de svarede samtidig, at de havde haft behov for, at koordineringen var bedre (se nedenstående figur 23).



Figur 23. Oplevelse af samarbejde og koordination.

Behandlingstilbud og behandlingsmetoder

Der blev også spurgt ind til, hvilke behandlingstilbud og metoder de unge havde prøvet, samt hvilke tilbud de oplevede som særligt gode. Svarkategorierne var prædefinerede med mulighed for uddybning under 'andet'. Svarene ses i de to tabeller nedenfor, hvor de er listet, efter hvilke tilbud/metoder flest svarede, at de havde prøvet. Under 'andet' blev der nævnt: Dagbehandling, mens tilbud, der blev oplevet som særligt godt var Forløb hos konkret aktør og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Tabel 5. Tilbudstype

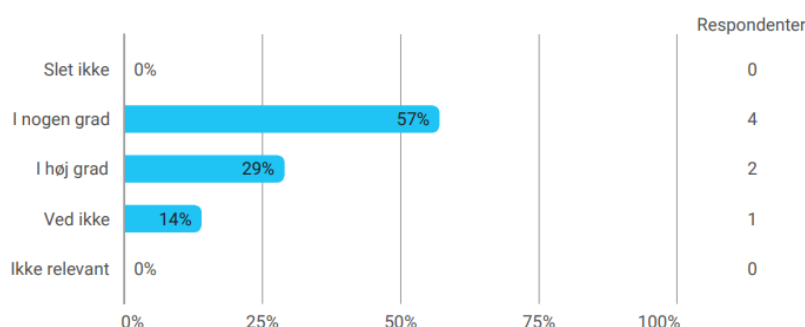
Tilbudstype (prædefineret svarkategori)	Hvilke tilbud de har prøvet/fået?	Hvilke(t) tilbud de har oplevet som særligt gode?
Individuelle samtaler	100% (n=7)	57% (n=4)
Udredning	86% (n=6)	57% (n=4)
Medicinsk	57% (n=4)	14% (n=1)
Telefonisk hjælpelinje	43% (n=3)	0% (n=0)
Gruppeforløb	43% (n=3)	0% (n=0)
Rådgivning/mentorordning	43% (n=3)	29% (n=2)
Kunst og kreative forløb	29% (n=2)	14% (n=1)
Støttegruppe	29% (n=2)	0% (n=0)
Drop-in-center	14% (n=1)	14% (n=1)
Efterbehandling/opfølgning	14% (n=1)	14% (n=1)
Substitutionsbehandling	0% (n=0)	0% (n=0)
Andet	14% (n=1)	29% (n=2)
Ingen	0% (n=0)	0% (n=0)

Tabel 6. Behandlingsmetode

Behandlingsmetoder (prædefineret svarkategori)	Hvilke behandlingsmetoder de har prøvet	Hvilke behandlingsmetoder de har oplevet som særligt gode
Fysisk træning	71% (n=5)	43% (n=3)
Motiverende samtale	57% (n=4)	29% (n=2)
Stof- eller psykoedukation	57% (n=4)	29% (n=2)
Kognitiv adfærdsterapi	43% (n=3)	14% (n=1)
NADA	43% (n=3)	14% (n=1)
Mindfulness	29% (n=2)	14% (n=1)
Fysioterapi	29% (n=2)	14% (n=1)
Løsningsorienteret tilgang	27% (n=2)	14% (n=1)
Narrativ tilgang	14% (n=1)	0% (n=0)
Social færdighedstræning	14% (n=1)	14% (n=1)
Familiebehandling (eks. samtaler, multisystemisk terapi m.fl.)	14% (n=1)	14% (n=1)
Dialektisk adfærdsterapi	14% (n=1)	14% (n=1)
Eksposeringsterapi	14% (n=1)	14% (n=1)
Ergoterapi	14% (n=1)	14% (n=1)
Miljøterapeutisk behandling	0% (n=0)	0% (n=0)
Peer-støtte	0% (n=0)	0% (n=0)
Ingen	0% (n=)	0% (n=0)

Involvering af den unge i behandlingen

I nedenstående figur 24 fremgår svarene på spørgsmålet, om de unge havde oplevet at blive nok involveret i de beslutninger, der blev taget undervejs i behandlingen. Ud fra svar-skalaen 'slet ikke', 'i nogen grad', 'i høj grad', 'ved ikke/ikke relevant', svarede fire ud af syv 'i nogen grad', to 'i høj grad' og en enkelt 'ved ikke'.



Figur 24. Mener du at du er blevet/bliver involveret nok i de beslutninger der tages undervejs i behandlingen?

Alle de unge blev bedt om at skrive, hvad de mente var de tre vigtigste ting, behandlingssystemer skal huske at gøre i samarbejde med den unge. Herunder er en direkte gengivelse af de unges egne ord, sat op under tematisk konstruerede overskrifter.

Ungetilgang:

- Der bliver kigget på, hvordan man kan komme problemer til livs. Ved at samarbejde med den unge, som kæmper med det.
- Høre, hvad den unge siger og oplever, fremfor at hænge sig i udseende, ydre omstændigheder, eller hvor meget man tager/ryger af rusmidler lige nu.
- Lyt til den unge. Sørge for, at den unge har de bedste betingelser under forløbet for at være tryk.
- Tal MED den unge, ikke over.
- Gem din bedreviden væk!
- Vær ikke bange for at sige fra og til, når relationen er dannet.
- Relation, relation og relation.
- Behandling for det levede liv og ikke stoppe de unge med medicin. Vær lydhør, og gør dem klart, hvad de må og ikke må. For eksempel var det en kæmpe hjælp at vide, at jeg gerne måtte være påvirket i behandlingen. Ikke at jeg var det, men det gav mere frihed indeni og hjælp mig. Så generelt giv dem et valg, og sig, at det er okay.

Adgang til behandling/organisering/visitering

- Skab et miljø, hvor den unge kan komme igen uden at skulle igennem hele systemet - hvis de har taget en røvtur. En eller anden dag så lykkes det, at de bliver på stien.

Behandling

- Jeg synes hurtigt, der kan blive et fokus på kun den ene eller den anden 'ting', selv i dobbeltbehandling. Så det er vigtigt, at begge ting bliver vægtet, og samspillet mellem de to 'problemer' bliver kigget godt efter i sømmene.
- Forsøge sammen med den unge at stille det klart op, om rusmidler gør det mere besværligt at arbejde med/forbedre ens psykiske tilstand. Eller om rusmidler har været/er en form for skjold/beskyttelse af ens psykiske tilstand. Altså, ikke hvad kom først, rusmidler eller psykisk belastning. Men hvad besværliggør den unges arbejde videre med sig selv?

Individuel behandling vs. gruppebehandling:

- Individuel behandling kombineret med gruppetilbud - når den unge er klar til det. Og det skal være uddannet personale med rette viden og kompetencer!
- Match de unge sammen i relevante match. Ikke alle passer sammen, fordi de er misbrugere og lider.

Fokus på planlægning af indsats og efterbehandling

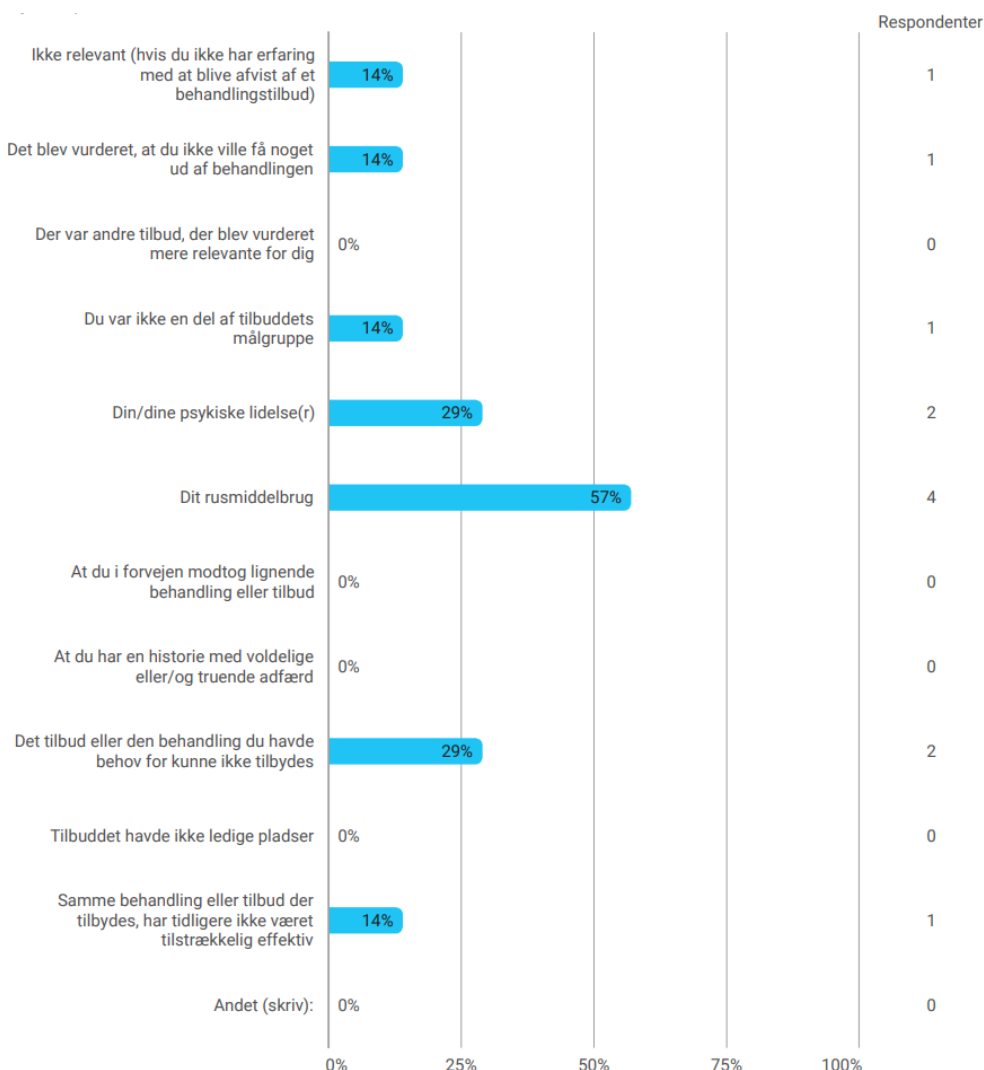
- At tage hånd om de mest aktuelle problemer og samtidig lægge en plan for at få det bedre på længere sigt. Så den unge føler, de har styr på, hvad planen er.
- Man kan give nogle eftermuligheder, så den unge har nogle værktøjer til at kunne håndtere hverdagen igen. Eller giv nogle eftersamtaler måske 2 gange den næste måned.
- Hjælpe med at sikre sig en ordentlig plan til fremtiden, efter færdig behandling.

Hjælp med at skabe netværk og anden støtte

- Skab et netværk!
- Eventuelt hjælpe den unge med at få et netværk eller en mentor, der kan motivere undervejs.

Afvisning

Flertallet af de unge havde prøvet at blive afvist i behandlingstilbud. Nedenstående figur/diagram viser årsagerne til dette.



Figur 25. Begrundelser for afvisning i behandlingstilbud.

Halvdelen af de unge svarede, at de havde oplevet at blive afvist fra et behandlingstilbud pga. deres rusmiddelproblemer.

Diagrammet nedenfor viser, hvad de unge, ud fra nogle præ-definerede svarkategorier, så som de primære grunde til, at unge afviser de tilgængelige tilbud. En ung uddyber under svarkategorien 'andet', hvor svært det kan være at svare på, fordi det ikke er så enkelt: "Jeg tror, at der er mange ting blandet ind i hinanden, og at man ikke kan kassetænke det". En anden peger på, at det kan være gavnligt, hvis der før opstart på et tilbud skabes "... en relation med en kontaktperson".

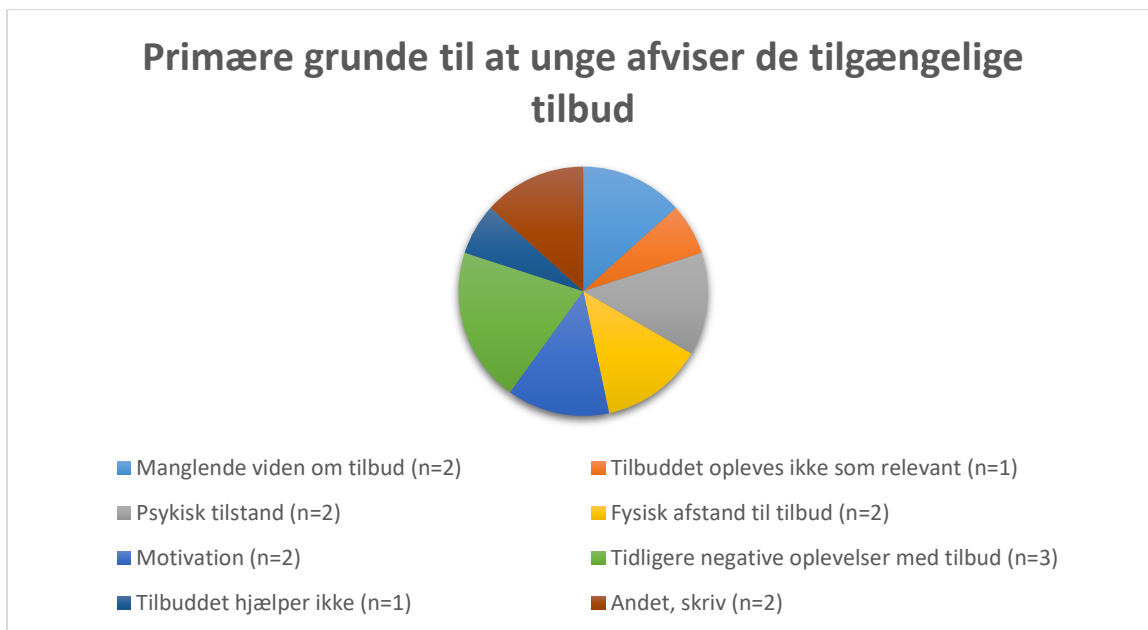


Diagram 2. Grund til, at de unge afviste tilgængelige tilbud.

Hovedårsagerne til, at unge dropper ud af tilbud

De følgende underpunkter er de unges egne formuleringer af hovedårsagerne til, at unge dropper ud af tilbud.

Rammer og ungetilgang

- Der bliver set på den unge som problemet og ikke på, hvordan problemet kan løses.
- Rammerne kan opleves for stramme/svære at indstille sig hurtigt efter.
- Det passer ikke til de unge og deres behov. Det bliver for firkantet, og der er ikke plads til individet.
- Det er behandlingen på behandlingens præmisser. De unges tryghed forsvinder, og derfor søger de tilbage til det kendte og rare, hvis der ikke er det fornødne helhedsdækkende varme tilbud!
- Følelsen af ikke at være med i det selv. Der bliver talt over dig.
- At den unge ikke bliver mødt/set/hørt af behandlere.
- Det kan opleves, som om det, der tales om, er mere relevant for andre.
- Der er en manglende forståelse for, generel dårlig psykisk tilstand og misbrug ofte hænger sammen. At blive afvist grundet ens fx misbrug i psykiatrien.

Hvordan den unge har det, gør det svært at overskue behandling

- At den unge har det rigtig svært, og det kan være uoverskueligt at arbejde med sig selv. Det at arbejde med sig selv, traumer osv. er vanvittigt hårdt og kan virke uoverkommeligt, især når livet sejler. For hvor starter man? Og hvordan?
- Man kan være for nervøs til at stille sit opklarende spørgsmål, for at kunne følge helt med.

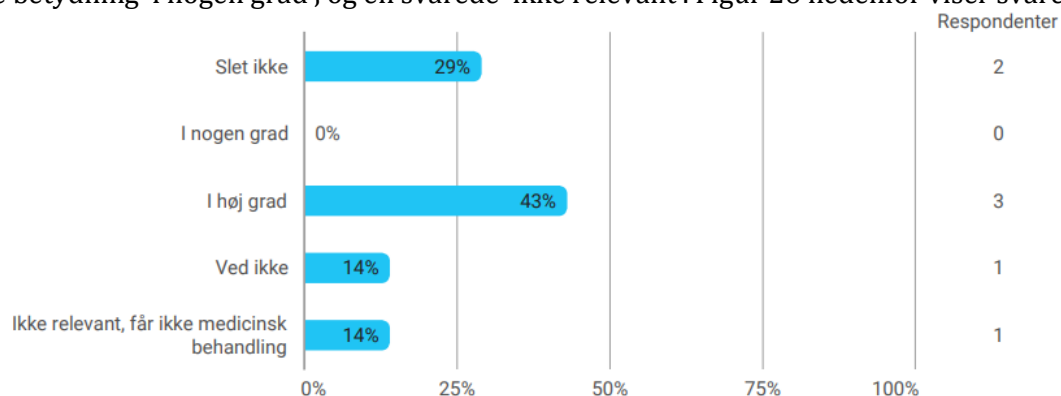
Svært at finde rette tilbud, og hvad skal der ske, når tilbuddet slutter?

- Det er en lang besværlig vej igennem systemet. Det er svært at vide, hvor man skal søge hjælpen.
- At der er så længe ventetid på at komme ind og få hjælpen, i fx psykiatrien.

- Den unge ved ikke, hvad der sker efter behandlingen, og man kommer ud til sin 'normale' hverdag igen, hvor rusmidler har været en del af dagen.
- Hvorfor overhovedet begynde på en behandling, hvis der er deadline på.

Medicinsk behandling

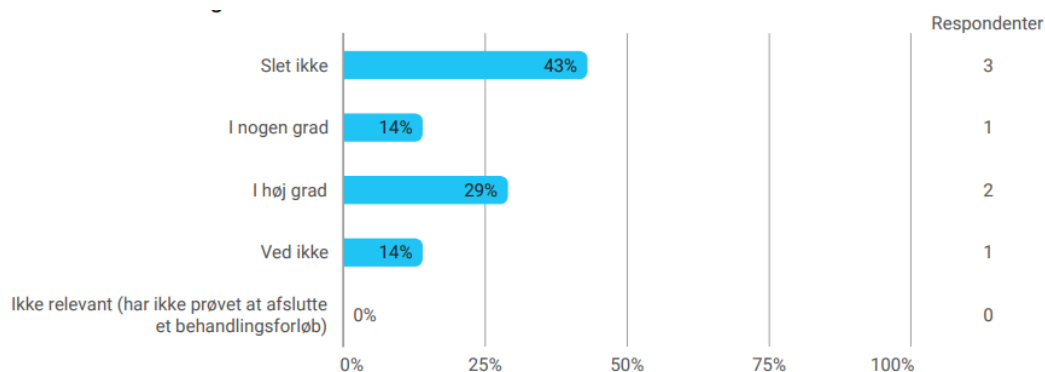
Seks ud af syv unge havde modtaget medicinsk behandling. For halvdelen af de unge, der havde modtaget medicinsk behandling, havde den medicinske behandling haft stor betydning for deres velbefindende. Hertil svarede to, at den 'slet ikke' har haft betydning, og en svarede 'ved ikke'. Næsten alle (dvs. fem ud af syv) svarede, at den ikke-medicinske behandling havde stor betydning for deres velbefindende. Hertil svarede en enkelt, at den ikke-medicinske behandling havde betydning 'i nogen grad', og en svarede 'ikke relevant'. Figur 26 nedenfor viser svarene.



Figur 26. Hvor betydningsfuld har den medicinske behandling været for dit velbefindende?

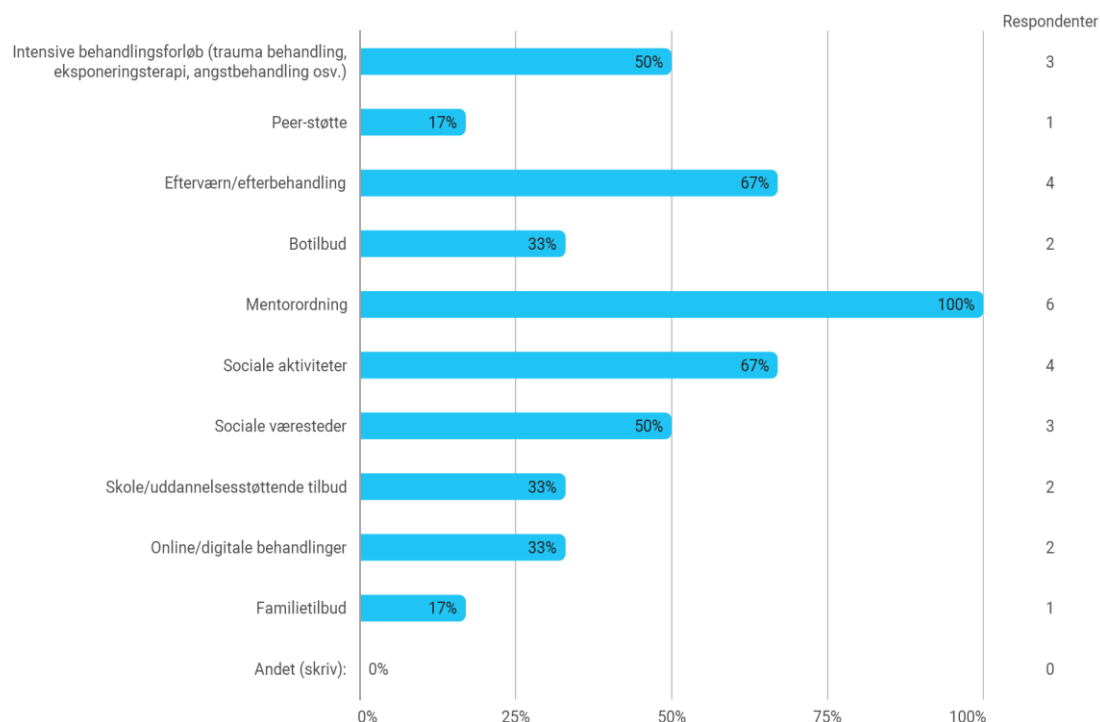
Efter afsluttet forløb/ved afslutning af et forløb

Lidt over halvdelen oplevede, at de ikke, eller kun i nogen grad, var blevet informeret om, hvad der skulle ske efter afsluttet behandling – se figur 27 nedenfor.



Figur 27. Hvis du har prøvet at afslutte et behandlingsforløb, er du da blevet informeret om, hvad der skal eller kan ske efterfølgende?

Dette stemmer godt med, at 2/3 mente, at der mangler tilbud som efterværn/efterbehandling til unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer; at alle de unge efterlyser mentorordninger, og at ca. halvdelen efterlyste sociale aktiviteter og væresteder udenfor behandling samt supplerende intensive behandlingsforløb. En tredjedel mente, at der mangler skole/uddannelsesstøttende tilbud, og lige så mange mente, at der mangler botilbud. En tredjedel mente, at der også mangler online-/digitale behandlinger. Figur 28 nedenfor viser hvordan svarerne fordeler sig.

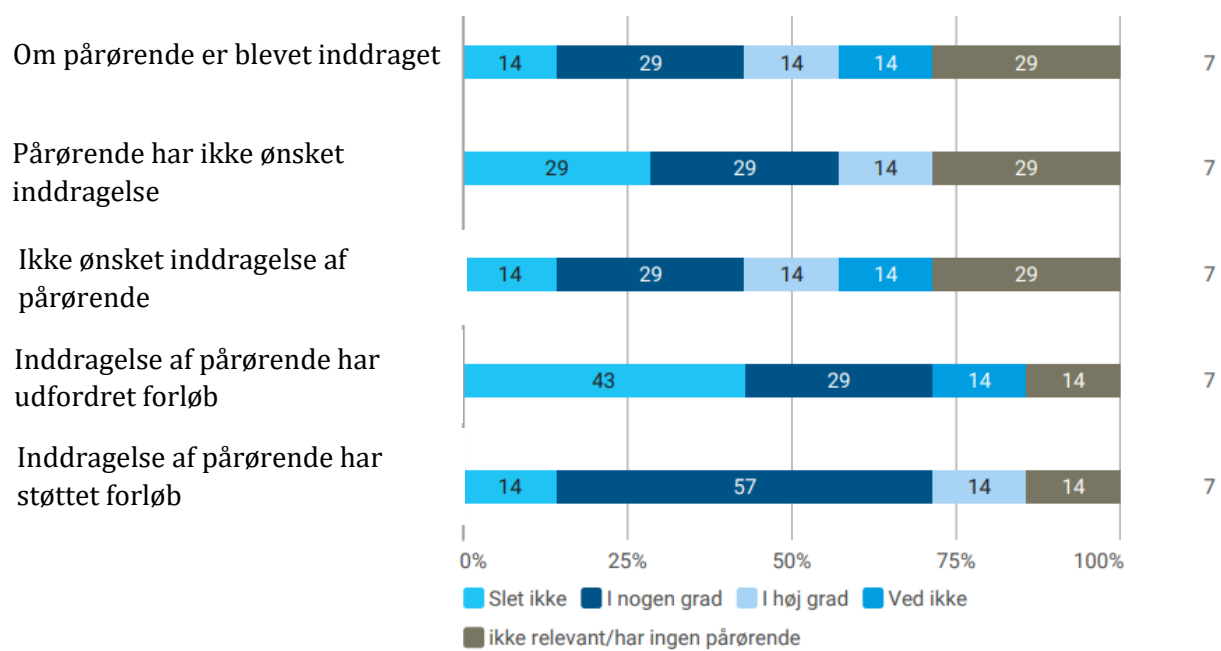


Figur 28. Er der særlige typer af tilbud udenfor behandling, der mangler?

Pårørende

Alt i alt tegner der sig et billede af, at inddragelse af pårørende (kun) nogle gange har fundet sted, men at det, når det har fundet sted, overvejende har støttet de unges forløb, selvom nogle også har oplevet, at det har udfordret deres forløb.

Af de i alt syv respondenter svarede en, at pårørende 'i høj grad' var blevet inddraget i den unges forløb, to svarede 'i nogen grad', en 'slet ikke', en 'ved ikke', og to svarede 'ikke relevant/har ingen pårørende'. En ung svarede 'i høj grad' at have oplevet, at pårørende ikke havde ønsket at blive inddraget, selvom det blev vurderet som relevant, og to, at de 'i nogen grad' havde oplevet dette. Adspurgte, i hvilken grad de unge ikke selv har haft ønsket inddragelse af pårørende, selvom det blev vurderet som relevant, svarede en 'i høj grad', to 'i nogen grad', en 'slet ikke', en 'ved ikke' og to 'ikke relevant'. Fire svarede, at inddragelse af pårørende havde støttet 'i nogen grad', en 'i høj grad', og en svarede 'slet ikke' og en 'ikke relevant'. Samtidig svarede to, at inddragelse af pårørende har udfordret 'i nogen grad', tre, at det 'slet ikke' havde udfordret, en 'ved ikke', og en svarede 'ikke relevant'.



Figur 29. Inddragelse af pårørende.

