

Mennesker med

dobbeltdiagnose kræver

ikke dobbelt indsats



En artikel om den optimale helhedsorienterede indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug – hvem gør hvad, hvornår og hvordan iværksættes det i praksis?

Vinder af Helsefondens prisopgave 2010.  
Udarbejdet af Pauline Hagensen, Jesper Henriksen  
og Ivan Christensen, Socialt Udviklingscenter SUS.





# Indholdsfortegnelse

Hvem er mennesker med dobbeltdiagnose? .....	s. 4
Hvad er udfordringerne? .....	s. 6
Hvad er formålet med indsatsen? .....	s. 10
Hvad er løsningen på den tværfaglige udfordring? .....	s. 12
Hvori ligger den metodiske løsning? .....	s. 16
Hvor ligger den organisatoriske løsning? .....	s. 20
Hvad er løsningen i forhold til koordination og samarbejde? .....	s. 22
Et case-eksempel på en ideel dobbeltdiagnoseindsats .....	s. 26
Konklusion .....	s. 30

A wooden boardwalk path made of dark, weathered planks winds through a field of tall, golden-brown grass. The path starts in the foreground and curves into the distance. The sky is a clear blue with scattered white clouds. The overall scene is peaceful and natural.

Hvem er mennesker

med dobbeltdiagnose?

Mennesker med dobbeltdiagnose er langt fra en homogen gruppe, og de udgør en stor tværfaglig udfordring blandt andet for behandlingssystemet. Officielt defineres dobbeltdiagnose som en *"samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser"* (WHO 1995)<sup>1</sup>. Afgrænsningerne af både misbruget og sindslidelsen kan være flydende og svære for behandlingssystemet at se og bruge, ligesom der kan være stor forskel på *graden og selverkendelsen* af misbruget og den psykiske sygdom. Dertil kommer, at mennesker med sindslidelse og misbrug desværre tit har sociale og økonomiske problemer. Det drejer sig fx om kriminalitet, hjemløshed, ensomhed og arbejdsløshed.

Undersøgelser<sup>2</sup> har tilmed vist, at også behandlingssystemet bruger dobbeltdiagnosebegrebet forskelligt. Nogle fagpersoner bruger fx begrebet til at beskrive forekomsten af to typer sindslidelser hos én og samme person, og mange kender slet ikke begrebet. Nogle tilbud sætter en ære i ikke at sætte deres brugere 'i bås' ved ikke at hæfte sig ved diagnoser, og andre indsatsere har ikke fagligheden til at diagnosticere brugerne.

Der er tegn på, at gruppen af mennesker med dobbeltdiagnose er forholdsvis stor i Danmark såvel som i andre lande. En helt ny spørgeskemaundersøgelse henvendt til alle landets kommuner<sup>3</sup> viser, at gruppen gennemsnitligt udgør 0,4 % af indbyggerne, hvilket giver et skøn på 22.000 mennesker med dobbeltdiag-

nose i Danmark. Disse tal siger dog kun noget om de mennesker med dobbeltdiagnose, der er kendt i kommunerne. Reelt er tallet sandsynligvis højere. Oplevelsen i kommunerne er, at antallet af borgere med dobbeltdiagnose er stigende, og at der især er kommet flere unge med dobbeltdiagnose de seneste år, men at det kan hænge sammen med et øget fokus på gruppen. I interview giver kommunerne udtryk for, at de ofte kun kender sindslidelsen i kommunen, selvom der er mistanke om misbrug. Nogle kommuner har en lidt større andel borgere med dobbeltdiagnose end andre, men undersøgelsen viser, at hverken kommunens størrelse eller regionen har signifikant betydning for, hvor stor en andel gruppen udgør af kommunernes borgere. I Københavns Kommune vurderer man fx, at borgere med dobbeltdiagnose udgør 1 % af samtlige borgere, men der er langt mindre kommuner, der skønner at have en større andel borgere med dobbeltdiagnose. Således er mennesker med dobbeltdiagnose velkendte i store, i mellemstore, som i små kommuner. Men udfordringerne er forskellige...

---

1 WHO: Lexicon of alcohol and drug terms, Genève, 1995.

2 Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009.

3 Bækgaard Brasch, B. et al.: En tværfaglig udfordring. Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS for Socialministeriet, 2010.

Hvad er udfordringerne?



De professionelle giver udtryk for, at det kan være en stor udfordring overhovedet at få mennesker med dobbeltdiagnose i behandling, fordi de mangler sygdomserkendelse eller skammer sig over misbruget<sup>4</sup>. Et andet alvorligt problem for især de små kommuner er, at nogle mennesker med dobbeltdiagnose ikke tager imod den tilbudte behandling, fordi der simpelthen er for stor afstand til de rette tilbud<sup>5</sup>. Fagpersonerne mener derfor, der er behov for mere opsøgende arbejde, hvor man får mennesker med dobbeltdiagnose hurtigere ind i systemet. I den forbindelse ville en særlig indsats overfor unge mennesker med dobbeltdiagnose være gavnlig.

Gruppen af mennesker med dobbeltdiagnose fylder dog allerede meget i behandlingssystemet med sine forskelligartede problemstillinger og kan gøre det svært at behandle andre brugere i samme tilbud. Gruppen er kendt i mange forskellige former for tilbud såsom væresteder, SKP-ordninger, misbrugsbehandlingssteder, psykiatriske afdelinger, botilbud, herberg, jobcentre og bostøtteordninger<sup>6</sup>. Eller også 'falder borgerne med dobbeltdiagnose mellem to stole', fordi de slet ikke passer ind i nogen behandlingstilbud. Nogle tilbud til mennesker med sindslidelse tillader fx ikke brugere med misbrug, og på misbrugsbehandlingsstederne tager man ikke hensyn til sindslidelsen eller mener, at den skal behandles før der kan tages hånd om misbruget. Manglen på en helhedsorienteret

behandling er et stort problem, fordi sindslidelsen og misbruget ofte er tæt forbundet og derfor kræver samtidig behandling.

I forbindelse med den helhedsorienterede indsats møder de små og store kommuner forskellige udfordringer<sup>7</sup>. De store og mellemstore kommuner har oftest tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose (og heriblandt integrerede tilbud der både tager sig af sindslidelsen og misbruget), men der er stadig behov for at forbedre samarbejdet mellem de forskellige tilbud og fagpersoner – også i forhold til borgernes sociale og økonomiske problemer. De små kommuner savner derimod at kunne tilbyde integreret og specifik dobbeltdiagnose-behandling tættere på borgeren, blandt andet fordi der ikke er plads nok i de eksisterende tilbud og på grund af afstanden beskrevet ovenfor. Således ses en stor forskel mellem store og små kommuner på både typen af behandling, der tilbydes, og antallet af mennesker med dobbeltdiagnose, der ikke modtager behandling. Mens de store og mellemstore kommuner fx benytter sig af botilbud, bruger de mindre kommuner oftere støtte i borgernes eget hjem. Men generelt for alle typer kommuner gælder, at man savner helhedssyn på borgerne med dobbeltdiagnose og, at man oplever en tendens til, at indsatsen tager udgangspunkt i de tilbud man har, frem for ud fra borgernes behov.

---

4 Bækgaard Brasch, B. et al.: En tværfaglig udfordring. Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS for Socialministeriet, 2010.

5 Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009.

6 Ibid.

7 Ibid.

Bækgaard Brasch, B. et al.: En tværfaglig udfordring. Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS for Socialministeriet, 2010.

En helhedsorienteret indsats for mennesker med dobbeltdiagnose stiller store krav til fagpersonerne i forhold til viden om andre områder end lige deres eget felt – eller til et godt samarbejde med og brug af andre fagpersoners viden. Undersøgelsen fra 2009<sup>8</sup> viser, at 4 ud af 5 indsatser på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet ikke diagnosticerer sindslidelser, mens 2 ud af 3 indsatser ikke udreder misbrug i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose. Tallene kan ses som indikation for, at man kun i begrænset omfang har fokus på de komplekse årsager, der er en del af baggrunden for, at mennesker med dobbeltdiagnose ofte ikke modtager den korrekte indsats. Den samme undersøgelse viser desuden, at der er tale om en stor *metodepluralisme* både i forhold til at udrede borgernes situation og i forhold til at intervenere for at ændre borgerens situation. Kontakten mellem de forskellige indsatser er oftest karakteriseret ved ad hoc møder og kontakt af skriftlig eller telefonisk art, hvilket kan tolkes som tegn på manglende systematik i samarbejdet fagpersonerne imellem. For eksempel finder næsten halvdelen af indsatserne den viden, de får om borgernes sundhedsmæssige behandling, utilstrækkelig ved visitationen af nye brugere med dobbeltdiagnose. 4 ud af 10 tilbud finder den viden, de får om den sociale indsats, utilstrækkelig. Også handleplanerne for den fremtidige indsats opleves ofte som utilstrækkelige af fagpersonerne.

---

8 Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009.







Hvad er formålet  
med indsatsen?



I Danmark har tilbud til dobbeltdiagnosticerede ikke været et lovbestemt krav til hverken stat, regioner eller kommuner, og området har båret præg af enkelt-personers engagement og viden omkring målgruppens behov<sup>9</sup>. Nogle områder af landet har ikke haft særlige tiltag, andre har haft et meget veludviklet netværk af tilbud.

Ansvar for behandling af alkohol og stofmisbrug var tidligere delt mellem kommuner og amter. I 1996 overtog amterne hele ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen, og i 2007 overgik ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen til kommunerne (Lov om social service § 101). Ansvar for den psykosociale del af stofmisbrugsbehandlingen hører under Socialministeriet. Den medicinske behandling af stofmisbrug hører imidlertid fortsat efter strukturreformen under sundhedsloven, men varetages af kommunerne (§§ 141 og 142). Behandling af alkoholmisbrug har i Danmark tradition for at høre under sundhedsloven, men ansvaret for alkoholmisbrugsbehandlingen har siden begyndelsen af 90'erne primært været en kommunal opgave. Akut afgiftning og abstinensbehandling har dog fortsat til dels været en amtslig og senere en regional opgave. Der ligger med andre ord også en udfordring i at få staten, regionerne og kommunerne til at spille godt sammen.

Dobeltdiagnosepatienterne kom først på den danske finanslov i 2003. Efter psykiatriaftalen for 2003-2006 med overskriften "Fra mursten til indhold" har man

med flere tiltag i Danmark forsøgt at kvalitetsudvikle og udbygge tilbuddene til mennesker med sindslidelse med en særlig indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose<sup>10</sup>. Ikke desto mindre viser en undersøgelse fra 2009<sup>11</sup>, at kun 3 ud af 75 adspurgte tilbud siger, at de har et helhedsorienteret formål med deres indsats, som både tager sig af brugernes misbrug og sindslidelse. Derimod beskrives formålet med behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose oftere som at være: 1) opsøgende arbejde, 2) at øge brugernes livskvalitet eller 3) at behandle for eller afvæne brugerne for deres misbrug.

En skandinavisk undersøgelse fra 2006<sup>12</sup> viser, at man i Danmark på det specialiserede område overvejende har tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose, hvis primære funktion er bostøtte og bofællesskab. Sekundært tilbydes længere døgnophold til behandling. Derudover er der en hel del bostøtte, opsøgende arbejde, og nogle tilbud karakteriserer en af sine primærfunktioner som dagbehandling. Målene for ophold i botilbud er overvejende stabilisering. Dog angiver 1/3 af de danske botilbud, at et af de primære mål for opholdet er behandling. Langt den overvejende funktion hos de ambulante tilbud i Danmark er ligeledes bostøtte, ca. 25 % har dagbehandlings- eller opsøgende funktioner som en vigtig bestanddel. De primære mål for kontakt med de ambulante tilbud angives hos 50 % af de danske tilbud som stabilisering og hos 25 % som behandling og/eller udredning.

---

9 Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.: Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien 2006. NOPUS, 2006.

10 Merinder, L.: Dobeltdiagnose i Danmark i: Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (red.): Dobeltdiagnose – håb – afklaring – handling. En antologi. Århus Universitetshospital Risskov. Team for Misbrugspsykiatri, 2009.

11 Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009.

12 Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.: Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien 2006. NOPUS, 2006.



Hvad er løsningen på

den tværfaglige udfordring?

Den tværfaglige udfordring i støtten til mennesker med dobbeltdiagnose synes ved første blik at kunne formindskes betydeligt ved at *forbedre oplysningen* om sammenhængen mellem misbrug og sindslidelse samt om interventionsmetoder på såvel grunduddannelserne i social- og sundhedsfagene som på efteruddannelseskurser og i vejledningshæfter, oplysningskampagner med mere (baseret på en grundig forskning). Det er utopisk og unyttigt at gøre alle fagpersoner på social- og sundhedsområdet til dobbeltdiagnoseeksperter, men en bredere indføring i emnet skulle kunne gøre det lettere for fagpersonerne at bruge hinandens ekspertiser, tolke diagnoser samt at forstå og følge andre fagpersoners metoder. Alene det at blive enige om brugen af dobbeltdiagnosebegrebet vil bidrage til et fælles fokus i indsatsen.

Fagpersoner, der arbejder med mennesker med dobbeltdiagnose i kommunerne, har foreslået oprettelsen af et fast *kontaktpersonsystem* til mennesker med dobbeltdiagnose på kommunalt niveau<sup>13</sup>; således at én person med særlig faglig viden om dobbeltdiagnoser følger borgeren gennem hele behandlingen i måske flere forskellige tilbud. Til denne funktion kunne man oprette en særlig 'doppeltdiagnose-kontaktperson' linje på social- og sundhedsuddannelserne.

Da dobbeltdiagnose-kontaktpersonerne skulle være tovholdere i forhold til de forskellige fagpersoner, der deltager i behandlingen af personerne med dobbeltdiagnose, ville det også være oplagt, at de havde

ansvaret for, at *den sociale handleplan* (Lov om Social Service § 141) er velkendt og bliver brugt som koordinerende værktøj i indsatsen. Problemet med handleplanerne idag synes netop at være, at der ikke udpeges én ansvarlig.

Doppeltdiagnose-kontaktpersonerne burde ligesom støtte- og kontaktpersonerne til mennesker med sindslidelse kunne findes i selv de små kommuner, da en vigtig del af funktionen er at opsøge og motivere til behandling. Men i sammenligning med de andre støtte- og kontaktpersoner bør de have en mere aktiv rolle i den efterfølgende indsats eller behandling, så de øvrige fagpersoner konstant melder tilbage til dem med information om, hvordan indsatsen forløber. Kontaktpersonen kan så fortælle om øvrige behandlingstiltag og eventuelt bede indsatserne om at tage kontakt til hinanden. På den måde ville dobbeltdiagnose-kontaktpersonerne garantere det tværfaglige samarbejde.

Udover en generel forbedret viden om dobbeltdiagnoser og oprettelsen af et dobbeltdiagnose-kontaktpersonsystem viser flere undersøgelser<sup>14</sup>, at man med fordel kunne oprette *flere tilbud særligt målrettet dobbeltdiagnose-patienter*, hvor man både behandler sindslidelsen og misbruget, og hvor eksperter på de forskellige områder arbejder side om side. Disse integrerede tilbud skulle være botilbud til en intensiv behandling, som så senere kan følges op med en efterbehandling ved en løsere tilknytning til stedet. Det

---

13 Bækgaard Brasch, B. et al.: En tværfaglig udfordring. Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS for Socialministeriet, 2010.

14 Ibid.

Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009.

foreslås, at hver region som minimum opretter et – men gerne flere - af sådanne tilbud. Ved placeringen af tilbuddene er det vigtigt at prioritere gode transportforbindelser og minimumsafstande til udkantsområderne, så en lang transportvej ikke bliver afgørende for, om man modtager behandling eller ej.

Det er stadig vigtigt at være opmærksom på, at selv integrerede tilbud særligt målrettet mennesker med dobbeltdiagnose bør samarbejde med andre instanser såsom jobcentrene og brugernes kommunale sagsbehandlere, hvilket oprettelsen af dobbeltdiagnose-kontaktpersonsystemet i så fald må sikre.





Hvori ligger den

metodiske løsning?





En række studier har dokumenteret effekten af forskellige indsats typer for mennesker med dobbeltdiagnose.

Der skelnes i forskningen mellem *seriel behandling* (hvor først den ene lidelse behandles), *parallel behandling* (behandling af begge lidelser simultant) og *integreret behandling* (behandling af begge lidelser sideløbende). Der er stigende konsensus om, at den integrerede behandling er den mest effektive<sup>15</sup>. Undersøgelser viser, at denne tilgang forebygger organisatoriske og administrative fejlvurderinger sammenlignet med øvrige tilgange, ligesom koordineringsbehovet mellem forskellige leverandører undgås, da indsatsen samles hos en enkelt leverandør. Endelig er fordelene ved den integrerede behandling, at begge lidelser behandles samtidigt.

Af særlige integrerede indsats er kan blandt andet nævnes Integrated Dual Diagnosis Disorders Treatment Model (IDDT)<sup>16</sup>. Modellen har et helhedsorienteret sigte og består af forskellige komponenter:

- Behandlingsteam, der består af brugeren selv, omsorgsgivere/pårørende, psykiater, sygeplejersker, case-manager mm.
- Socialpsykiatri
- 4-trins behandlingstilgang: Engagering, overtalelse, Aktiv behandling og forebyggelse af tilbagefald
- Klinisk undervisning
- Integreret forskning og evaluering af modeller

IDDT har vist positive udfald i forhold til misbrug, psykiske symptomer, boligsituationen, antallet af indlæggelsesdage og kriminalitet.

En anden integreret indsats har også dokumenterede positive effekter. Det drejer sig om The Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC). Modellen indeholder støtte i hjemmet, medicinsk behandling, rådgivning, psykiatrisk/psykologisk vurdering, erhvervsmæssig støtte og systematiske udskrivningsplaner. Effekten af indsatsen er en forbedring af borgernes situation i forhold til boligsituation, beskæftigelsesstatus, psykiatriske symptomer, misbrug og øget brugertilfredshed<sup>17</sup>.

I forskningen skelnes der også mellem behandlingsindsats er, som er henholdsvis *individuelle*, *gruppeorienterede*, *familierettede* samt indsats er rettet mod særlige grupper, fx unge med dobbeltdiagnose.

Af udvalgte resultater kan nævnes, at der har vist sig gode resultater med *motiverende interview*, hvor formålet er at få borgeren til at forstå indvirkningen af misbrug på hans eller hendes liv. Den positive effekt opnås ved at kombinere de motiverende interview med relevante behandlingsmetoder set i forhold til borgerens motivationsniveau. Blandt andet har denne strategi været frugtbar i forhold til unge, hvor det er

---

15 Mueser K.T. et al. 2005: Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *Journal of Dual Diagnosis* 1(2), s.57-82; Dumaine M.L. 2003: Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice. *Research on Social Work Practice* 13(2), s.142-165; Bender K. et al. 2006: Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: a systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6(3), s.177-205; Barrowclough C. et al. 2006: Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: a descriptive review. *Journal of Mental Health* 15(6), s.619-632; Crome I.B. et al. 2009: SCIE Research briefing 30: The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues, Social Care Institute for Excellence, SCIE; Mueser K.T. & Linderth L. 2006: Integreret behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser. Universitetsforl. Oslo.

16 Reyes C.M. & Ronis R.J. 2006: Statewide implementation of integrated dual disorders treatment: the psychiatrist's role. *Journal of Dual Diagnosis* 3(1), s.129-133.

17 Minkoff K. & Cline C.A. 2004: Developing welcoming systems for individuals with co-occurring disorders: the role of the comprehensive Continuous Integrated Systems of Care model. *Journal of Dual Diagnosis* 1(1), s.65-89.

blevet kombineret med en tværfaglig indsats og inddragelse af den unge og dennes pårørende<sup>18</sup>. I forhold til mennesker med misbrug af alkohol og sindslidelse viser undersøgelser, at kombinationen af motivationsarbejde og kognitiv adfærdsterapi er hensigtsmæssig<sup>19</sup>.

Generelt er der en del studier – særligt med hospitalsindlagte patienter – som viser gode resultater af indsatser, hvor der arbejdes med kognitiv adfærdsterapi<sup>20</sup>. Et eksempel er på en sikret afdeling, hvor 22 mænd har fået kognitiv adfærdsterapi som gruppebehandling. En anden undersøgelse af skizofrene patienter viser signifikant forbedret funktionsniveau i forhold til symptomer, misbrug og funktionsniveau sammenlignet med en kontrolgruppe<sup>21</sup>.

Af danske undersøgelser kan blandt andet nævnes et studie fra Sankt Hans Hospital, som viser, at *kognitiv miljøterapi* giver en forbedring af patienternes situation i forhold til psykiske symptomer og funktionsniveau samt nedsat misbrug<sup>22</sup>. En anden undersøgelse af *psykoedukation* kombineret med social færdigheds-

træning viser, at brugerne af et samværs- og aktivitetstilbud har fået styrket deres redskaber til at sige fra i pressede situationer og situationer, hvor de tilbydes rusmidler<sup>23</sup>. Flere undersøgelser af *psykoedukation* viser, at en stor andel af patienterne reducerer eller helt holder med misbrug<sup>24</sup>.

Der er få effektstudier af sociale tilbud i forskningslitteraturen, hvilket blandt andet hænger sammen med forskellige fagtraditioner. En undersøgelse tegner et overblik over en række eksisterende studier af socialarbejderens rolle i behandlingen af mennesker med misbrug. Her findes en række anbefalinger til vurdering og planlægning af indsatsen:

- Opsøgende indsats
- Engagering – fx ved casemanagement-modellen
- Udarbejd realistiske mål for indsatsen
- Koordiner indsatsen og husk at inddrage de pårørende
- Langtidsbehandling<sup>25</sup>

Mueser<sup>26</sup> har gennemgået 10 kontrollerede studier af botilbud. Det viser sig, at de mest effektive botilbud er

---

18 Dumaine M.L. 2003: Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice. *Research on Social Work Practice* 13(2), s.142-165

19 Barrowclough, 2006. Se også Kirkehei I, Leiknes KA, Larun L, Hammerstrøm KT, Bramness JG, Gråwe RW, Haugerud H, Helseth V, Landheim A, Lossius K, Waal H. 2008: Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport nr 25 - 2008.

20 Se fx Morris C. & Moore E. 2009: An evaluation of group work as an intervention to reduce the impact of substance misuse for offender patients in a high security hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 20(4), s.559-576; Lykke J, et al. 2007: Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter: rapport. Psykiatrisk Center Sct. Hans. Roskilde.

21 Ivanov D. et al. 2003: Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 183(11), s.418-426.

22 Lykke J, et al. 2007: Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter: rapport. Psykiatrisk Center Sct. Hans. Roskilde.

23 Pallesen J. & Søberg H. S. 2008: En vej til et bedre liv: - evalueringsrapport - fra et projekt i Rosenhuset, Odder Kommune 2004 - 2008. Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital. Risskov.

24 Fx Owen R. et al. 2008: Addressing substance misuse in a medium secure unit. *Drugs and Alcohol Today* 8(3), s.17-21.

25 Dumaine M.L. 2003: Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice. *Research on Social Work Practice* 13(2), s.142-165

26 Mueser K.T. et al. 2005: Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *Journal of Dual Diagnosis*. 1(2), s.57-82.

integrerede tilbud, der er fleksible i forhold til regler, og som er af en vis varighed. Andre undersøgelser viser, at det såkaldte Assertive Community Treatment (ACT) har en positiv effekt i forhold til boligsituationen, men også at denne tilgang skal suppleres med andre tiltag, hvis man fx ønsker at reducere misbruget<sup>27</sup>.

Et studium har samlet fællestrækkene ved effektiv behandling i forhold til unge med en dobbeltdiagnose. På den baggrund gives blandt andet følgende anbefalinger:

- Udredning skal være af længerevarende karakter og skal inddrage den unge og dennes pårørende.
- Indsatsen skal være integreret.
- Netværket skal inddrages i behandlingen<sup>28</sup>.

Tages forskningens anbefalinger for pålydende er en anbefaling således, at kommuner og regioner i Danmark gennemfører målrettede metodiske integrerede indsatser som fx IDDT eller CCISC rettet mod mennesker med dobbeltdiagnose. En anden anbefaling er at støtte udbredelsen af *motiverende interview* kombineret med andre intervenerende metoder, fx af kognitiv karakter<sup>29</sup>. Specifikt på det sociale område peger forskningen blandt andet på opsøgende indsatser, integrerede botilbud, casemanagement samt generelt metodiske indsatser af længerevarende karakter. Overfor gruppen af unge med dobbeltdiagnose er det blandt andet væsentligt at inddrage den unge, de pårørende og netværket i indsatsen.

---

27 Morse G.A. 2008: Integrated treatment for homeless clients with dual disorders: a quasi-experimental evaluation. *Journal of Dual Diagnosis* 4(3), s.219-237.

28 Bender K. et al. 2006: Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: a systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6(3), s.177-205.

29 Undersøgelsen Christensen, I. & Hagensen, P.: Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen overfor mennesker med en dobbeltdiagnose. Socialt Udviklingscenter SUS for Landsforeningen SIND, 2009, dokumenterer, at såvel motiverende interview som kognitive tilgange er at finde i den danske indsats på området.

Hvor ligger den

organisatoriske løsning?



I undersøgelsen af de danske kommuners indsats for mennesker med dobbeltdiagnose findes en række anbefalinger til at styrke de organisatoriske udfordringer i indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose:

- Et forbedret samarbejde på tværs af faggrupper, fx således at medarbejdere på tværs af afdelinger og organisatoriske inddelinger rent fysisk sidder sammen i hverdagen.
- Formalisering af samarbejdet mellem aktørerne i indsatsen. Fx i Norge og Sverige er der positive erfaringer forbundet med organiseringen af faste møder mv. mellem afdelinger og aktører.
- Midtvejshuse – et tilbud, der kan fungere som brobygger mellem den sociale-, beskæftigelsesmæssige og behandlingsmæssige indsats. Det skal være huse, hvor det er muligt i perioder at fokusere på sundhedsmæssige problemstillinger, i andre perioder på beskæftigelsesproblematikker. Ved at etablere midtvejshuse kan man forebygge, at borgeren skal løbe fra Herodes til Pilatus. Tanken er, at midtvejshusene er for dem, som kan klare sig selv, og dem som har brug for mere eller mindre støtte i perioder.
- Sammenlægning af socialpsykiatri og misbrugscenter med henblik på at styrke samarbejdet mellem væresteder og udgående medarbejdere.

Internt i kommunerne peges der på, at samarbejdet halter mellem beskæftigelsesafdelingen og socialpsykiatrien/misbrugscentret<sup>30</sup>. Som løsning på det problem peges der på, at kontaktpersoner i højere grad fungerer som brobyggere mellem afdelingerne.

Flere kommuner peger på udfordringer i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats. Det skyldes blandt andet, ifølge kommunerne, at psykiatrien er økonomisk trængt, hvorfor man udskriver mennesker med dobbeltdiagnose med henvisning til, at man ikke kan behandle deres misbrug. En anden årsag er de forskellige tilgange. Tendensen er, igen ifølge kommunerne, at man i psykiatrien fastholder borgerne med dobbeltdiagnose i sygdom og dårligdom, mens man fx i jobcentre fokuserer på borgerens ressourcer og kompetencer.

Herudover er det væsentligt at fremhæve, at undersøgelser viser, at det er muligt at forbedre indsatsen ved at ansætte sygeplejersker specialiseret i psykiatri fx i misbrugsbehandlingen samt tilknytte psykiatere i forbindelse med udredningen af stof- og alkoholmisbrugere, når de visiteres i til misbrugsbehandling<sup>31</sup>. På den måde kan der sættes fokus på den integrerede behandling, som tager hånd om både misbrug og sindslidelse.

Der tegner sig et generelt billede af et behov for at afprøve nye løsningsmodeller for at styrke organiseringen af indsatsen mellem kommunale afdelinger og den regionale behandlingspsykiatri.

---

30 Bækgaard Brasch, B. et al.: En tværfaglig udfordring. Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS for Socialministeriet, 2010.

31 Christensen og Hagensen, 2009 samt Frederiksen, K., Laugesen, H., Clausen, N.T., m.fl.: Projekt Bedre Udredning – kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, 2009.

Hvad er løsningen i forhold til  
koordination og samarbejde?



Det er et vilkår i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser, at der er mange forskelligartede støttebehov. Det betyder, at der er behov for flere forskellige indsatser, ligesom det gør, at der er mange aktører involveret i indsatsen. Borgeren med dobbeltdiagnose kan have svært ved at forholde sig til mange forskellige personer. Fagpersonerne kan miste overblikket over, hvem der gør hvad, og der kan opstå modsatrettede mål og handlinger i indsatsen. Heri ligger et stort paradoks i indsatsen: *Flere indsatser, og dermed større ressourceforbrug, fører til dårligere resultater for borgeren!* (Se illustration nederst på denne side)

Den samlede indsats skal således forholde sig til det paradoks, at mange indsatser både kan være en del af løsningen, men også kan være en del af problemet. Et vigtigt element i at trække den samlede indsats i retning mod løsning og væk fra problemskabelse er koordination af indsatsen.

Der kan i særlig grad peges på fire steder, der kan gribes ind i forhold til det nuværende system. For at præcisere mulighederne for forbedret koordination beskrives herunder et generaliseret sagsforløb, som det kunne se ud i det nuværende støtte- og hjælpesystem. Forløbet er også illustreret i figuren på side 24.

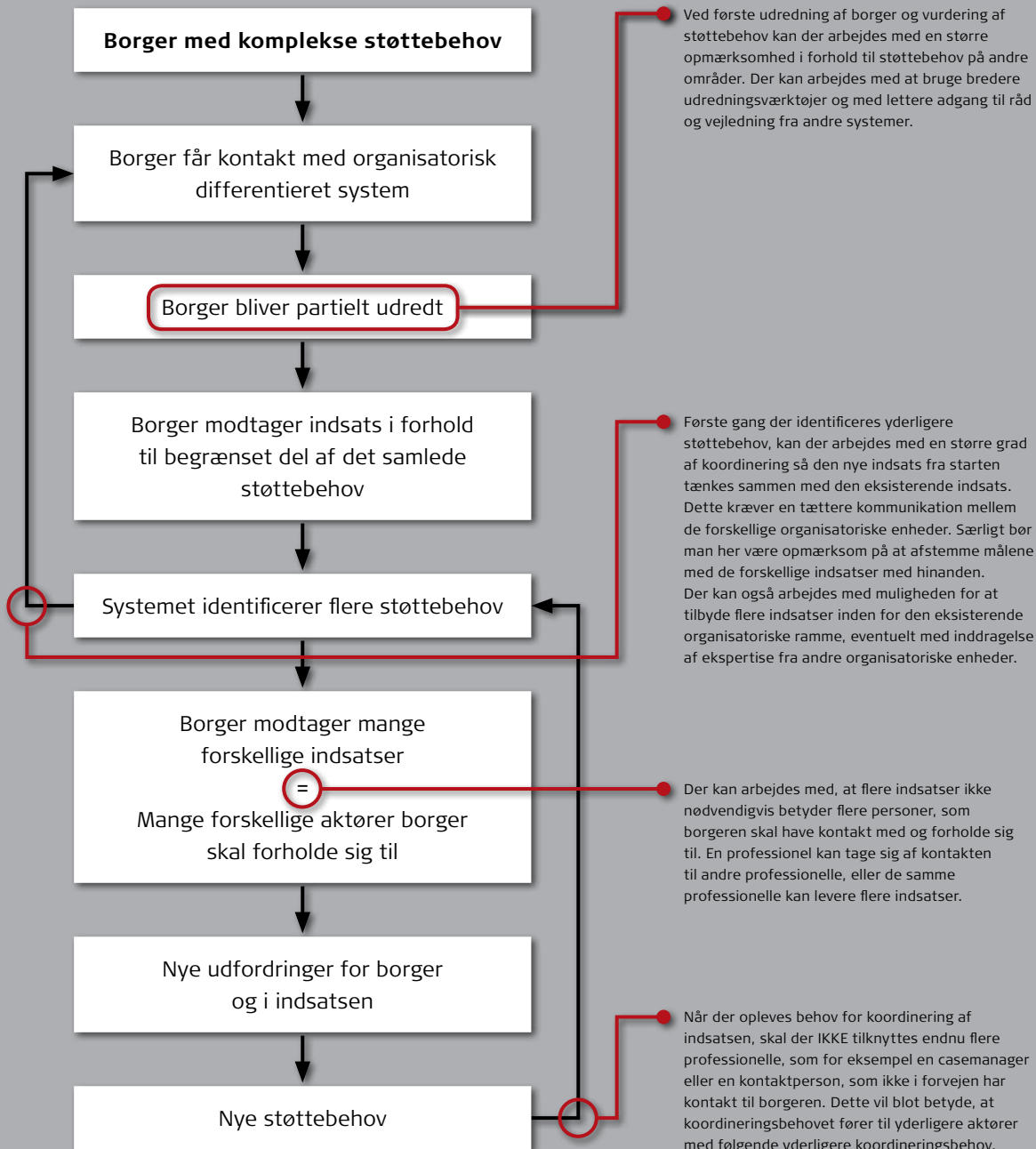
En borger kommer i kontakt med det offentlige system. Den første kontakt vil som oftest handle om et konkret problem, som kun udgør en lille del af borgerens

rens samlede situation. Det kan handle om beskæftigelsessituationen, det kan handle om misbrug og så videre. Der vil typisk herefter i den del af systemet, som borger har fået kontakt til, ske en afdækning af borgerens problemer. Afdækningen vil dog kun have fokus på de problemstillinger, som den specifikke del af det offentlige system, som borger har kontakt med, kan tage sig af. Her kan indsatsen forbedres (se tekst i figuren side 24).

Når borgerens problemstillinger er afdækket (stadig kun i forhold til de specifikke problemstillinger, som det specifikke tilbud kan hjælpe i forhold til), får borgeren tilbudt en given støtte. Når denne er iværksat, vil leverandøren af støtten ofte efter et stykke tid opleve, at borgeren har behov for yderligere støtte, som ikke kan gives inden for rammerne af den allerede bevilligede støtte. Derfor henvises til et andet tilbud. Her starter indsatsen så forfra med afdækning og efterfølgende indsats. Her kan indsatsen forbedres ved, at det tilbud, der først har kontakt med borgeren, påtager sig en koordinerende rolle, indtil andet er aftalt med borgeren og de andre tilbud, som borgeren modtager (se tekst i figuren side 24).

Når borgeren modtager flere forskellige tilbud, som for eksempel en beskæftigelsesindsats i jobcenteret, en familiemæssig indsats med en hjemme-hos'er, en socialpsykiatrisk indsats med en bostøtte, en ambulans behandlingsindsats i distriktspsykiatrien og en







misbrugsindsats hos den privatpraktiserende læge, er der som ofte rigtig mange forskellige fagpersoner involveret. Dette kan, som ovenfor beskrevet, være med til at forværre borgerens situation. Der kan arbejdes med at reducere antallet af aktører i indsatsen (se tekst i figuren side 24).

Når der opleves et stort koordineringsbehov, bliver der i nogle systemer koblet en koordinator på. Her skal man være opmærksom på, at denne koordinator ikke blot bliver endnu en professionel, som borger skal forholde sig til. Her kan der arbejdes med at udnævne en af de professionelle, som borger i forvejen har kontakt med, til koordinator – eller oprettelsen af et fast dobbeltdiagnose-kontaktpersonsystem, som nævnt i afsnittet om løsningen på den tværfaglige udfordring.

Et case-eksempel på en ideel  
dobbeldiagnoseindsats



Med baggrund i ovenstående idéer og anbefalinger fremstilles her et case-eksempel på et ideelt indsatsforløb i forhold til en person med dobbeltdiagnose: Bo, der er 45 år, lider af skizofreni, har et alkoholmisbrug og i øvrigt har stået udenfor arbejdsmarkedet et års tid.

Bo er så småt begyndt at komme mere og mere i det lokale værested. En støtte- og kontaktperson prøver at snakke med ham og tager ham med til en snak med den kommunale sagsbehandler om hans økonomiske situation. Bo er på kontanthjælp, men sagsbehandleren vurderer, at han vil have svært ved at søge og tage et job i nuværende tilstand, og har en klar mistanke om, at der er tale om en dobbeltdiagnose af en eller anden art. Sagsbehandleren kontakter derfor en dobbeltdiagnose-kontaktperson, Hanne. Hanne opsøger Bo på hans bopæl og tager en lang snak med ham om hele hans tilværelse. Der er mange ting, Bo undgår at tale om, men med Hannes brede kendskab til dobbeltdiagnoser kan hun hurtigt se, at lejligheden vidner om et misbrug, og Bos opførsel om en form for psykose.

Hanne laver udkast til en handleplan for Bos behandling, som hun sender en kopi af til den kommunale sagsbehandler. Hun mener, at Bo har brug for at blive ordentligt diagnosticeret og udredt på et integreret botilbud særligt målrettet mennesker med dobbeltdiagnose, hvorfor hun straks henvender sig til det nærmeste regionale tilbud: Humlegården. Bo får plads med det samme, men nægter i første omgang at tage imod tilbuddet. Han føler sig ikke 'syg', og vil ikke tage de 20 km for at bo et sted, han slet ikke kender. Hanne foreslår, at de bare tager hen og besøger stedet en enkelt dag, uden at han behøver at blive der, og

at han tager sin bror med, som hun vurderer, er Bos nærmeste pårørende. Bo indvilliger.

På Humlegården bliver Bo mødt af et rart, roligt og hjemligt miljø. Han får lov at gå lidt rundt og kigge og kan se, at der er beboere, der på mange måder minder om ham selv. Humlegårdens personale har på forhånd modtaget Hannes udkast til en handleplan for Bo og ved derfor lidt om hans baggrund. Han bliver på ganske uformel vis budt på en kop kaffe sammen med en psykolog, en psykiater, en misbrugsbehandler og en socialpædagog foruden broderen og kontaktpersonen Hanne. Her bliver han langsomt præsenteret for stedet. Bo kan lide stedet og bliver derfor straks indkvarteret. Første trin i behandlingen er at få diagnosticeret den eventuelle sindslidelse hos psykiateren og udredt karakteren af misbruget. Der meldes tilbage til Hanne, som sørger for at føre alt ind i handleplanen og referere til fagpersonerne samt til Bo selv og til hans bror. Handleplanen indeholder nu også en mødeplan, som 'tvinger' de forskellige fagpersoner til at tale med hinanden undervejs i forløbet.

Da det er konstateret, at Bo lider af skizofreni og har et alkoholmisbrug, tager alle fagpersonerne en samlet snak, hvor også Hanne deltager, og hvor de bliver enige om behandlingsforløbet samt, hvilke fagpersoner der er ansvarlige for hvad. Hanne melder tilbage til den kommunale sagsbehandler og til Jobcenteret, at Bo ikke er i stand til at arbejde, men skal gennemgå et behandlingsforløb. Bo får revalidering. Han gennemgår nu et motiverende interview på Humlegården for at fastlægge den fremtidige indsats. Resultatet bliver, at Bo skal deltage i regionens IDDT-indsats, hvor han tilknyttes et behandlingsteam og en casemanager. Efter en periode begynder Bo at respondere positivt

på behandlingen, og hans misbrug reduceres betydeligt. Sideløbende med IDDT-indsatsen indstilles Bo til en førtidspension, ligesom man så småt er begyndt at kigge efter et skånejob til ham som følge af de referater, kommunen modtager af Hanne om Bos behandling og tilstand. Hanne har også hjulpet Bo med langsomt at vende tilbage til sin egen bolig ved at skabe kontakt til et socialpsykiatrisk værested 'lige rundt om hjørnet'. Her er han meget glad for at komme, og bevidstheden om, at Hanne og Humlegården er der, hvis det skulle gå galt igen, er god.





# Konklusion



I forhold til både de tværfaglige, metodiske, organisatoriske og koordineringsmæssige udfordringer, der ligger i arbejdet med at give personer med dobbeltdiagnose den ideelle støtte, er der altså løsningsmuligheder, som kunne forbedre støtten på mange fronter:

- En forbedret oplysning om dobbeltdiagnoser på social- og sundhedsuddannelserne, efteruddannelseskurser, oplysningskampagner m.m. ville gøre det lettere for fagpersonerne at bruge hinanden samt at henvise borgerne hurtigere og mere korrekt og dermed også lette det 'opsøgende arbejde'.
- Oprettelsen af et fast dobbeltdiagnose-kontaktssystem ville give en fast koordinator med bred indsigt i dobbeltdiagnoser, der følger borgeren gennem hele systemet og sørger for at skabe sammenhæng mellem behandlingsmetoderne og kontakt mellem de forskellige fagpersoner.
- Oprettelsen af flere helhedsorienterede tilbud målrettet mennesker med dobbeltdiagnose ville koncentrere og styrke viden om dobbeltdiagnoser til få steder, hvor forskellige fagpersoner bliver 'tvunget til' at arbejde side om side. Det ville også lette det ressourcemæssige forbrug samt organisationen og koordineringen af indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose (samt i øvrigt lette arbejdet på andre tilbud for mennesker med en enkelt diagnose).
- Metodisk kan afprøvning, justering og implementering af integrerede indsatser som fx IDDT eller CCISC betyde store positive forandringer for den enkelte fx i forhold til misbrug, kriminalitet mv. Dette kan også ske ved at støtte udbredelsen af *motiverende inter-*

*view* kombineret med andre intervenserende metoder, fx af kognitiv karakter.

- På det sociale område er der behov for opsøgende indsatser, integrerede botilbud, casemanagement samt generelt metodiske indsatser af længerevarende karakter.
- Brugen af mere helhedsorienterede metoder ville fra start kræve et tværfagligt team og et helhedsorienteret tilbud, hvor man er nødt til at koordinere arbejdet.
- En formalisering af kontakten fagpersonerne imellem ved hjælp af fx at udpege ansvarlige for handleplanernes brug og at skabe faste rammer for møder og erfaringsudveksling med skriftlige referater ville forbedre koordinationen af støtten til mennesker med dobbeltdiagnose, så den enkelte borger bliver mødt med et helhedssyn.

Mange af disse løsningsmuligheder ville tilmed være ressourcebesparende, idet man 'sparer' brugen af mange forskellige metoder, fagpersoner og tilbud, som kan virke forvirrende og måske endda modstridende for borgeren og dermed modarbejder behandlingen: Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke en dobbelt indsats, men derimod en helhedsorienteret indsats fra start af!

