

# Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning

*Afdækning af viden og erfaringer på området*

---

Af Peter Jensen, SPUK og Susanne Pihl Hansen, PIHL INKLUSIVE

## Indhold

1. Vidensopsamling om unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning .....	3
Definition af begreberne .....	3
Metode .....	4
2. Opsamling og anbefalinger .....	5
3. Målgruppen – hvad ved vi om de unge? .....	7
Unge, der misbruger rusmidler .....	8
Unge, der misbruger rusmidler – og samtidig har psykiske vanskeligheder .....	9
Særlige risikofaktorer .....	12
Tidlig debutalder .....	12
Mistrivsel og psykisk/psykiatrisk sårbarhed .....	13
Ustabil opvækst .....	18
Venner og socialt netværk med misbrug af rusmidler .....	19
Ustabil eller manglende tilknytning til skole/beskæftigelse .....	21
Viden om målgruppen .....	21
4. Indsatser ift. unge med dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning .....	22
En forståelsesramme for forebyggelse .....	22
Opbyggende niveau .....	23
Foregribende niveau .....	25
Indgribende niveau .....	26
Behov og indsatser .....	31
5. Organisering og samarbejde – under og over 18 år .....	32
Vanskeligheder i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde .....	33
Succeer i det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde .....	35
Behandlingstilbuddenes kompetencer .....	35
Håndtering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde .....	36
Det svære, men ikke umulige samarbejde .....	37
Litteraturliste .....	39

## 1. Vidensopsamling om unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning

SPUK og PIHL INKLUSIVE ansøgte i sommeren 2016 Helsefonden om midler til at afdække viden og erfaringer på området 'Unge med dobbeltdiagnose'. Dvs. unge, der både har et aktivt misbrug af psykoaktive stoffer og en psykisk lidelse. Målgruppen for researchen er unge under 25 år, med særlig fokus på de under 18-årige.

Formålet med researchen blev i ansøgningen beskrevet således:

*"Formålet er at afdække, hvad vi ved om disse unge, og hvilke aktiviteter der er relevante i forhold til et videns- og metodeudviklende arbejde på området.*

*Målet er således en afdækning af, hvilken viden og erfaringer, der findes ift. unge med psykiske vanskeligheder kombineret med rusmiddelbrug (unge med dobbeltdiagnoser) samt komme med anbefalinger til mulige fokusområder."*

### Definition af begreberne

I daglig tale bliver mennesker, der både misbruger rusmidler og har psykiske problemer, ofte omtalt som mennesker med dobbeltdiagnoser. Begrebet *dobeltdiagnose* er imidlertid et komplekst begreb – og bliver brugt i flere forskellige betydninger. WHO definerer begrebet således: *"Samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser"* (WHO, 1995; her citeret fra SUS, 2009) Pedersen indkredser definitionen yderligere og indfører også begrebet *dobbelt belastning* (Pedersen, 2014):

- ⇒ *Dobeltdiagnose "indbefatter misbrug af rusmidler, der sameksisterer med svære indlæggelseskrævende psykiske forstyrrelser (psykoser, svære affektive forstyrrelser m.fl.)*
- ⇒ *Dobbelt belastning "er når misbrug af rusmidler sameksisterer med lettere til sværere psykiske forstyrrelser"* (Pedersen, 2014)

I dag er det alment anerkendt, at misbrug af rusmidler mere som regel end som undtagelse sameksisterer med forskellige grader af psykiske problemer (Pedersen, 2014). I hvert fald når det gælder voksne, der misbruger rusmidler. Når det handler om unge, der misbruger rusmidler, ser det lidt mere broget ud.

Der er ingen tvivl om, at mange unge, der bruger rusmidler, også kan have – eller vil få – psykiske problemer. Men en del unge bruger også rusmidler i en mere eksperimenterende form (fordi det er forbudt, fordi det er sjovt, for at prøve det), ligesom de også eksperimenterer med andre grænser i deres udvikling mod voksenlivet. Ret hurtigt så vi da også en del udfordringer i, at den primære målgruppe for denne vidensopsamling var unge under 25 år "med dobbeltdiagnose". Unge i teenageårene har endnu ikke en sikker identitet og er stadig i fuld gang med at danne sig selv personlighedsmæssigt. De problemstillinger, som disse unge har, er ikke nødvendigvis diagnosticeret (endnu).

Vi har derfor valgt at udvide researchen til at være på både unge med dobbeltdiagnose og unge med dobbelt belastning – og dermed bredere end unge, som har været igennem en udredning og har fået stillet en diagnose af relevante fagpersoner, både ift. deres misbrug og deres psykiske lidelser.

Desuden har vi valgt først og fremmest at sætte fokus på misbrug af rusmidler, forstået som misbrug af alkohol, hash og andre illegale stoffer – og kun i mindre omfang, eller hvor det giver særlig mening, fokusere på et eventuelt misbrug af medicin (både receptpligtig og håndkøbsmedicin).

Målgruppen for denne vidensopsamling har derfor bredt været *Unge, der bruger rusmidler og samtidig har psykiske vanskeligheder*, uden at disse unge nødvendigvis har fået stillet psykiatriske diagnoser på deres misbrug og deres psykiske lidelse af en relevant fagperson.

Med begrebet *unge med psykiske vanskeligheder*, forstår vi helt overordnet unge, hvis adfærd og samspil med andre mennesker placerer dem i en udsat social position. Psykiske vanskeligheder vil ofte være kontekst- og situationsbestemte og kan dermed ændre karakter og sværhedsgrad over tid. Samtidig kan andre elementer, fx den fysiologiske udvikling (teenager) også spille ind på den unges adfærd og samspil med andre.

Med begrebet *rusmiddelbrug* vælger vi en bred og forholdsvis neutral tilgang til de unges brug, først og fremmest fordi de unge ikke nødvendigvis selv ser deres rusmiddelbrug som et misbrug. Vi skelner dog mellem *et eksperimenterende rusmiddelbrug* og *et skadeligt rusmiddelbrug*. Ved et eksperimenterende rusmiddelbrug forstås et rusmiddelbrug, der foregår sporadisk (ikke regelmæssigt), og hvis formål er at undersøge, afprøve virkning og afprøve egne (og måske også andres, fx forældres) grænser. Mange unge eksperimenterer i ungdomstiden, også med rusmidler. Ved et skadeligt rusmiddelbrug forstås et rusmiddelbrug, der kan give fysiske og psykiske skader hos den unge og som kan have sociale konsekvenser, både for den unge selv og for den unges omgivelser<sup>1</sup>. Forskellen mellem de to former for rusmiddelbrug vil i praksis være flydende, og det er vigtigt at understrege, at et eksperimenterende rusmiddelbrug også kan give akut opståede skader. Men i denne vidensopsamling vil der først og fremmest være fokus på det skadelige rusmiddelbrug, især fordi målgruppen har en alder, hvor et skadeligt rusmiddelbrug kan påvirke deres personlighedsudvikling og identitet.

I det følgende vil vi, ift. hvor det giver mest mening, veksle mellem at bruge begreberne *unge med dobbeltdiagnoser*, *unge med dobbelt belastning* og *unge der bruger rusmidler og samtidig har psykiske vanskeligheder*. Men altså i ovenstående forståelse – og samtidig med en klar bevidsthed om, at disse unge sjældent bare har to problemer (misbrug og psykisk lidelse), men også andre problemer fx fysiske, sociale, økonomiske, bolig-mæssige og/eller juridiske problemer. Målgruppen af unge er altså ofte i mere end én forstand dobbeltbelastede.

## Metode

I hovedtræk er der blevet anvendt en metode, der har bestået af 4 faser, der til dels har været overlappende:

1. **Interviewfase**, hvor centrale aktører indenfor forskning og praksis på feltet er blevet interviewet. Ud af dette er dels sprunget nogle forforståelse af temaer, det var værd at arbejde videre med, samtidig med at det har givet indspark til, hvad der skulle fokuseres på i litteratursøgningen.
2. **Søgefase**, hvor der er blevet gennemført en systematisk litteratursøgning i de søgedatabaser, der fremgik af ansøgningen og ud fra udvalgte søgeord.
3. **Læsefase**, hvor abstracts, konklusioner og udvalgte kapitler er blevet gennemlæst. I læsefasen har der været særligt fokus på viden om alder, tidlig forebyggelse, inddragelse af pårørende/netværk, tværfagligt samarbejde samt behandlingsstrategier. Desuden har der været særligt øje for eventuelle særlige inspirationer, forslag, anbefalinger, erfaringer, som måske kunne være anvendelige i videreudviklingen af området. I løbet af læsefasen blev litteraturen yderligere suppleret med tekster, som vi fandt relevante.
4. **Skrivefase**, hvor den opsamlede viden er blevet struktureret vha. en mindmap, der senere har været udgangspunkt for den disposition, der har været styrende i skrivefasen.

---

<sup>1</sup> Definitionen bygger på definitionen "Harmful use", WHO ICD10.

## 2. Opsamling og anbefalinger

På baggrund af vidensopsamlingen er det blevet klart, at en række temaer kan og bør kvalificeres, hvis vi som professionelle skal hjælpe og støtte de unge, der er ramt af dobbeltbelastning. Disse temaer knytter sig både til den viden, området mangler; viden om hvilket teoretisk/metodisk grundlag som indsatserne bygger på, og hvordan der arbejdes med det i praksis; samt viden om hvordan samarbejde kan styrkes på tværs af centre, kommuner og regioner.

- ⇒ Der er brug for en forskningsmæssig randomiseret afklaring i en dansk kontekst, hvorvidt unge med dobbelte belastninger skal mødes af en integreret, parallel eller sekventiel tilgang. Fra både dansk og international forskning anbefales hovedsagelig en integreret tilgang, hvor der både arbejdes med den unges misbrug og psykiske lidelser samtidigt. Til trods herfor melder interviewpersoner fra både behandlingssteder, forskning og andre ungetilbud, at unge med dobbelte belastninger gang på gang mødes med behandlingsstrategier, der ikke er samordnede. En sådan forskningsmæssig afklaring bør også indeholde en afklaring af, hvordan der kan samarbejdes med eksterne parter (udenfor misbrugsbehandlingen og psykiatrien) i den integrerede tilgang.
- ⇒ Der er brug for et systematisk overblik (review) over, hvordan vi tidligt kan afdække hvilke børn og unge, der er i risiko for at udvikle belastninger, både ift. misbrug og psykiske lidelser. Der findes i dag efterhånden en del både dansk og international forskning, der belyser de første tegn på, at børn og unge er på vej til at blive dobbelte belastede, men denne viden ligger indlejret i forskellige forskningskontekster, fx ph.d.-afhandlinger. Der mangler derfor et systematisk og let tilgængeligt overblik, som kan give praktikere, både i de forebyggende og behandlende indsatser, viden om og indsigt i hvilke opmærksomhedspunkter, de skal have ift. de udsatte børn og unge. Målet er gennem dette overblik at dreje eller bremse en udvikling mod dobbelt belastning hos børn og unge.
- ⇒ Der er brug for forskning og metodeudvikling i særlige udsatte grupper af unge. Vidensopsamlingen viser, at dobbeltbelastede børn og unge kondenseres i nogle af de sociale og uddannelsesmæssige tilbud. Hvis vi skal arbejde målrettet, skal der sættes ind på både det foregribende og det indgribende niveau overfor disse særlige grupper af børn og unge. Umiddelbart er det vores vurdering, at følgende grupper bør have særlig interesse, både ift. forskning/dokumentation og metodeudvikling: anbragte børn og unge; unge ramt af hjemløshed; unge med krigstraumer og/eller unge, der vokser op i familier, hvor forældrene har krigstraumer; unge der er anbragt på sikrede institutioner; samt unge, der er kognitivt udfordret og fx er tilknyttet specialinstitutioner/-skoler.
- ⇒ Der er brug for metodeudvikling i forhold til de særlige grupper af unge, der enten ikke er i gang med ordinær uddannelse/job, eller som er i gang med at kvalificere sig på uddannelsesinstitutioner, men som er udfordret af både psykiske vanskeligheder og misbrug, bl.a. på erhvervsskoler og produktionsskoler.
- ⇒ Der er brug for metodeudvikling på alle tre forebyggelsesniveauer: det opbyggende niveau, det foregribende niveau og det indgribende niveau. Vores litteratursøgning viser, at området for dobbeltbelastede unge bærer præg af, at der ofte er mange forskellige tilgange og vægtninger af indsatser ift. målgruppen – og at der ofte mangler en større sammenhæng.

- ⇒ På det opbyggende niveau er der brug for viden blandt praktikere om, hvordan børn og unges adfærd kan indikere en udvikling mod dobbeltbelastning, fx tidlig debut af cigaretter og rusmidler samt tidlig debut med problemadfærd. Her kan fx inddrages særlige metoder eller eksempler på spil, fx Good Behavior Game. Eller der kan anvendes metoder, der giver adgang til at tale om den konkrete adfærd og/eller bekymringer, fx Unge Skaber Håb.
- ⇒ På det foregribende niveau er der brug for metoder til at screene og afdække hvilke unge, der har et behov for en særlig indsats ift. dobbelt belastning, med fokus på de tidligere nævnte særlige risikogrupper af unge. Der er desuden brug for at samtænke og afprøve metoder til at foregribe eventuelle problemer, fx med udgangspunkt i den viden og erfaring, der er i de eksisterende behandlingstilbud.
- ⇒ På det indgribende niveau er der brug for systematisk afdækning, dokumentation og udvikling af den indsats, der foregår i de ambulante misbrugsbehandlingstilbud, både for unge under og over 18 år. Enkelte institutioner er blevet evalueret, mens andre ikke er. Eventuelt kunne det foregå i sammenhæng med Center for Rusmiddelforskning's øvrige forskning med udgangspunkt i og udvikling af UngMAP (under forudsætning af at UngMAP fortsat får bevillingsmæssig støtte). Der er desuden brug for systematisk afdækning, dokumentation og udvikling af de behandlingsindsatser, der foregår i døgnregi, ift. unge med dobbeltbelastning.
- ⇒ På alle tre niveauer er der brug for en afklaring af hvem, der har ansvaret for hvad.
- ⇒ På alle tre niveauer er der også brug for at indtænke og afprøve modeller til, hvordan familie, venner og øvrigt netværk kan blive positive medspillere i de unges liv. Især er det vigtigt ift. unge med dobbelt belastninger at tænke i professionelt initierede netværk.
- ⇒ På tværs af alle indsatser og niveauer er der brug for en styrkelse af det tværfaglige og –sektorielle samarbejde – uanset om der arbejdes ud fra en integreret, parallel eller sekventiel tilgang. Der er brug for at udvikle, afprøve og evaluere nogle af de metoder, der anbefales ift. voksne med dobbeltdiagnoser, fx case manager, No wrong door og fast etablerede samarbejdsformer.

### 3. Målgruppen – hvad ved vi om de unge?

Først i slutningen af 1980'erne begyndte der at komme fokus på *mennesker med dobbeltdiagnoser* i international forskning og faglitteratur – og i begyndelsen af 1990'erne også i dansk forskning og faglitteratur. I praksis var målgruppen dog allerede kendt: Mennesker med et misbrug kunne samtidig også have en psykisk lidelse – og dermed være *dobbelt belastede* (Johansen, 2009).

Op gennem 00'erne begyndte der i Danmark også at komme særlig fokus på *unge med dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning*. I et par større danske undersøgelser fra hhv. 2009 og 2011 pegede eksperter og praktikere fra forskellige behandlingstilbud således på, at de oplevede, at der kom flere unge, der udover et misbrug af rusmidler (alkohol, hash og kokain/blandingsmisbrug), også var psykisk belastede. Undersøgelserne pegede på, at særligt de unge med sindslidelse og misbrug også oplever en række yderligere sociale problemer, såsom kriminalitet og hjemløshed (Christensen, 2009; Brasch, 2011). Samtidig viste disse undersøgelser gennemgang af eksisterende forskning, at der var behov for en integreret og koordineret indsats overfor unge med sindslidelse og misbrug.

Generelt kom unge mere og mere til syne i den samlede misbrugsbehandlingsindsats op gennem 00'erne. Flere kommunale og ikke-kommunale misbrugsbehandlingstilbud, alene målrettet unge under 18 år (eller op til 23/25 år) så således dagens lys, og der kom også større opmærksomhed på behandling af hashmisbrug, som var det foretrukne stof hos de unge<sup>2</sup>. Flere af de særlige ungebehandlingssteder havde også særlig fokus på unge, der også havde alvorlige psykiske problemer, blandt andet Stofrådgivningen<sup>3</sup> og Ungdomscentret i Århus Kommune<sup>4</sup>.

I dag er der fortsat stor fokus på unge med misbrugsproblemer, ikke mindst fordi det nu ved lov er pålagt kommunerne at leve op til en behandlingsgaranti om ret til at komme i behandling for et rusmiddelmisbrug<sup>5</sup>. De fleste større kommuner har et selvstændigt behandlingstilbud kun målrettet unge, og mindre kommuner, der ikke har økonomi eller kapacitet til et selvstændigt behandlingstilbud, benytter typisk enten behandlingstilbud i de større kommuner eller private behandlingstilbud, sådan at de kan leve op til behandlingsgarantien. Men selv om der således efterhånden findes behandlingstilbud til unge over det meste af landet, er det langt fra alle de unge med et behandlingskrævende misbrug, der kommer i et behandlingstilbud.

---

<sup>2</sup> Misbrug af hash havde ikke tidligere haft helt så stor opmærksomhed i behandlingssystemet, fordi de hårdere stoffer: opioider, benzodiazepiner og de centralstimulerende stoffer fyldte mere hos de voksne, der kom i behandling.

<sup>3</sup> Stofrådgivningen er et privat behandlingstilbud til unge, beliggende i København. Stofrådgivningen havde allerede fra opstarten i 2001 en tværfaglig medarbejdergruppe bestående af både psykiater, psykolog, socialrådgiver og pædagoger – netop for at kunne rumme unge med både misbrug og psykiske problemer, [www.stofraadgivningen.dk](http://www.stofraadgivningen.dk)

<sup>4</sup> Ungdomscentret, under Socialforvaltningen i Aarhus Kommune, havde i mange år haft fokus på sammenhæng mellem misbrug og psykisk belastning, og gennemførte i 2007-08 en undersøgelse, finansieret af Helsefonden: *Tidlig opsporing af unge under 18 år med dobbeltdiagnose eller risiko for udvikling heraf*. Her blev unge screenet for eventuelle psykiatriske diagnoser i forbindelse med indskrivning i behandlingstilbuddet i tæt samarbejde med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov. (Vadgaard, 2009).

<sup>5</sup> SEL § 101: "Unge over 18 år, der henvender sig til kommunen med et ønske om at komme i behandling for et stofmisbrug, har krav på, at der iværksættes behandling inden for 14 dage regnet fra den første henvendelse. Unge under 18 år, der har et misbrug af stoffer, der medfører alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer for de unge, har ligeledes krav på, at der iværksættes behandling inden for 14 dage." (Retsinformation, [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk))

I det følgende vil vi se nærmere på hvor mange unge, der er belastede af både misbrug og psykiske vanskeligheder, og på hvilke problemstillinger disse unge er præget af og omgivet af. Det vil vi gøre ud fra den nyeste tilgængelige og primært danske forskning på området. Målet er at give en fyldig beskrivelse af målgruppen – og af de udfordringer, som målgruppen står i. Og dermed også at give et grundlag for at drøfte, hvor der er huller og plads til forbedringer i den eksisterende tilgang til unge med dobbelt belastninger.

### Unge, der misbruger rusmidler

Ikke alle unge bruger rusmidler, men en ret stor del af ungegruppen har inden deres 25. år prøvet ét eller flere rusmidler:

- ⇒ 92 % af de 15-16 årige danske unge har prøvet at drikke alkohol nogensinde (ESPAD 2015)
- ⇒ 41,5 % af de 16-24 årige danske unge har prøvet at ryge hash nogensinde (Sundhedsstyrelsen, 2015)
- ⇒ 9,1 % af de 16-24 årige danske unge har prøvet andre illegale stoffer end hash nogensinde (Sundhedsstyrelsen, 2015)

Der er mange grunde til, at unge prøver rusmidler. NIDA, Det Nationale Institut for Stofmisbrug i USA, oplister følgende grunde (NIDA, 2014):

- ⇒ *To fit in*: Nogle unge bruger rusmidler, fordi andre unge gør det, eller fordi de tror, at andre unge gør det, og fordi de er bange for ikke at passe ind.
- ⇒ *To feel good*: Nogle unge bruger rusmidler for at have det sjovt, fordi rusmidler kan give rus og velvære.
- ⇒ *To feel better*: Nogle unge bruger rusmidler for at få det bedre, fordi rusmidler kan dulme noget af dét, der gør ondt eller ikke går godt.
- ⇒ *To do better*: Nogle unge bruger rusmidler for at præstere bedre – fordi nogle stoffer kan øge præstation (fx øge koncentration op til eksamen, eller øge muskler og træningsevner).
- ⇒ *To experiment*: Nogle unge bruger rusmidler for at eksperimentere.

Uanset grunden vil de fleste unge over tid reducere/'normalisere' deres rusmiddelbrug i takt med, at de bliver ældre<sup>6</sup>. Men ikke alle. Nogle unge udvikler et misbrug.

Center for Rusmiddelforskning har de senere år stået for et omfattende arbejde med at opbygge databaser, der gør det muligt at trække oplysninger om unge i alderen 15-25 år, og om deres generelle trivsel samt brug/misbrug af rusmidler. Indsamlingen af empiri sker både via spørgeskemaer og interviews med de unge selv, via en lang række behandlingstilbuds registreringer af de unge, der er eller har været i behandling samt via samkørsel af forskellige cpr registre, og arbejdet er dermed baseret på et relativt stort datagrundlag<sup>7</sup> (Pedersen et al, 2015; Pedersen et al, 2012). Der er tidligere gjort flere forsøg på at estimere antallet

---

<sup>6</sup> Alkohol har en særlig position i Danmark, hvorfor nogle nok vil mene at alkoholforbruget generelt er meget højt blandt danskere, hele livet igennem.

<sup>7</sup> Center for Rusmiddelforskning har i samarbejde med Socialstyrelsen m.fl. udviklet UngMAP og har opbygget en række databaser til brug for forskning. UngMAP består dels af UngMAP-Basis, der er en database med oplysninger om unge ved påbegyndelsen af et behandlingsforløb for deres misbrug af rusmidler, dels af UngMAP-Opfølgning, der er en database med oplysninger om unge, der er interviewet ca. 6 måneder efter de har afsluttet misbrugs-behandlingsforløbet. Derudover har Center for Rusmiddelforskning opbygget en Kommune-survey database, hvor unge i alderen 15-24 år er interviewet bl.a. om deres forbrug/misbrug af rusmidler. UngMAP er opbygget, så det også kan bruges som et dialogisk feedback-redskab i det pædagogiske og behandlingsmæssige arbejde med de unge, der er indskrevet i behandling, og bliver i dag benyttet af en lang række misbrugsbehandlingssteder landet over (Pedersen et al, 2015; Pedersen & Frederiksen, 2012)



af unge med et skadeligt forbrug af rusmidler, hvilket har givet lidt forskellige estimater, men Center for Rusmiddelforskningens arbejde har betydet, at det er i dag er muligt at trække ret valide oplysninger om målgruppen af unge, der bruger rusmidler i et betydeligt og – vil de fleste nok mene – skadeligt omfang.

Den seneste stikprøveundersøgelse i 2014 (bl.a. baseret på interviews med knap 4.500 unge) viste således følgende om unge i alderen 15-25 år, bosiddende i Danmark:

- At ca. 16-17.000 unge ryger hash hver dag/næsten hver dag (20+ dage om måneden).
- At ca. 19-20.000 unge ryger hash hver dag/næsten hver dag og/eller bruger amfetamin, kokain, ecstasy og/eller andre illegale stoffer mindst 4 dage om måneden.
- At omkring 153.000 unge ryger cigaretter stort set dagligt (de fleste af de unge, der har et storforbrug af illegale stoffer, ryger cigaretter næsten dagligt).
- At 73.000 unge drikker sig fulde mindst én gang om ugen (binge-drinking<sup>8</sup>) (Pedersen et al, 2015).

En stor del af disse unge vil formentlig ikke selv se deres brug af rusmidler som et problem – måske vil de endda snarere se rusmidlerne som en løsning på eller en måde at håndtere de øvrige problemer og udfordringer, de måtte have. Men en del vil gerne have hjælp, og nogle af de unge kommer også i behandling.

Af den seneste udgave af *Narkotikasituationen i Danmark* (Sundhedsstyrelsen, 2015) fremgår det, at der i 2013 var i alt 5.264 unge under 25 år i behandling for deres stofmisbrug. Af disse var knap 15 % unge under 18 år. Unge med et stofmisbrug udgør en stadig stigende andel af samtlige personer i misbrugsbehandling. Hash er klart det mest udbredte stof blandt de unge. Knap 87 % af de unge mellem 18-24 år, der er i behandling, har angivet hash som deres hovedstof, mens andelen for de unge under 18 år er 93 %.

I det følgende vil vi se nærmere på den gruppe af unge, der misbruger rusmidler og samtidig har psykiske vanskeligheder – og på hvilke faktorer, der er betydningsfulde, når disse unge skal hjælpes.

### Unge, der misbruger rusmidler – og samtidig har psykiske vanskeligheder

Center for Rusmiddelforskning har i deres datamateriale blandt andet set nærmere på sammenhængen mellem misbrug af rusmidler og samtidige psykiske vanskeligheder, hvilket er særdeles interessant for nærværende undersøgelse, da det kan give et billede af hvilke unge, der skal rettes særlig opmærksomhed mod.

Overordnet opereres der er i analysen af datamaterialet med 6 typer af unge<sup>9</sup>, og forskerne har samtidig udregnet hvor stor en andel de enkelte typer udgør af den samlede ungebefolkning mellem 15-25 år:

1. Unge med få psykiske problemer – udgør 70,3 % af de unge,
2. Unge med moderat internaliserende<sup>10</sup> problemer – udgør knap 8 % af de unge,
3. Unge med moderat eksternaliserende<sup>11</sup> problemer – udgør 11,3 % af de unge,

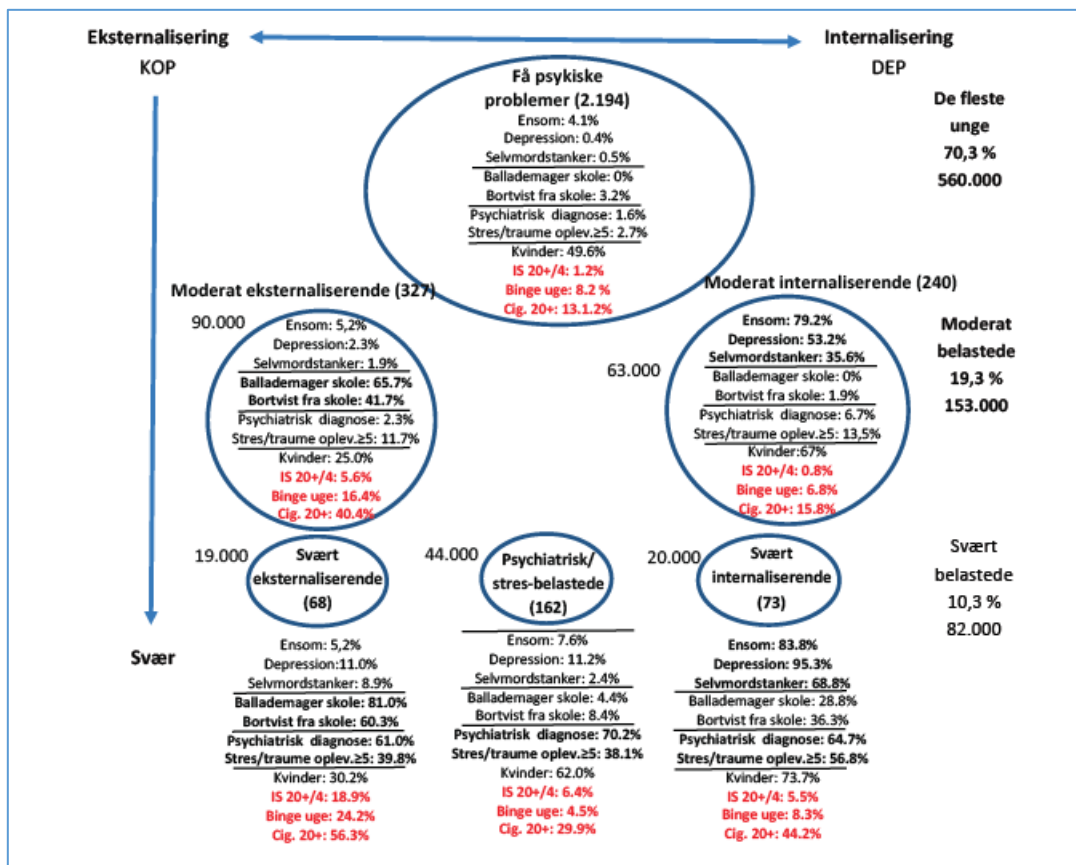
<sup>8</sup> Binge-drinking: Indtagelse af mere end 5 genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (Sundhedsstyrelsen).

<sup>9</sup> De seks typer af unge er ikke adskilte typer – der vil være glidende overgange mellem de forskellige typer. Dog gør forfatterne opmærksom på, at der er signifikant negativ sammenhæng mellem eksternaliserende og internaliserende problemer: Jo mere eksternaliserende, jo mindre internaliserende – og omvendt. Forfatterne gør også opmærksom på, at typerne ikke repræsenterer forskellige diagnoser, men skal forstås som foranderlige tilstande (Pedersen et al, 2015).

<sup>10</sup> Internaliserende problemer henviser til problemer som depression, angst, ensomhed, selvmordstanker og mere selvdestruktive problemer som spiseforstyrrelser og selvskade (Pedersen et al, 2015).

4. Unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer – udgør 5,5 % af de unge,
5. Unge med svære internaliserende problemer – udgør 2,3 % af de unge,
6. Unge med svære eksternaliserende problemer – udgør 2,4 % af de unge (Pedersen et al, 2015).

De sidste tre typer af unge (type 4-6) bliver betegnet som *svært belastede unge* og udgør altså tilsammen ca. 10,2 % af den samlede ungegruppe mellem 15-25 år i Danmark. Det vil sige, at ca. 82.000 danske unge er svært belastede. Det er især blandt disse unge, vi vil se unge med både et misbrug, en psykiatrisk diagnose<sup>12</sup> og andre meget belastende faktorer, sådan som det fremgår af nedenstående figur (Pedersen et al, 2015:11):



Figur 1

I figuren er de eksternaliserende grupper af unge placeret til venstre (forkortet KOP = konflikt- og opmærksomhedsproblemer), mens de internaliserende grupper af unge er placeret til højre (forkortet DEP = depressions- og ensomhedsproblemer). Sværhedsgraden af problemer er placeret på den lodrette akse, med de sværeste problemer nederst.

<sup>11</sup> Eksternaliserende problemer henviser til bl.a. konflikter med omgivelserne (med lærerne i skolen, slagsmål og lign.), forstyrrende adfærd i klassen, pjæk, bortvisning fra skolen, højt aktivitetsniveau, høj grad af impulsivitet, lav selvkontrol og koncentrationsvanskeligheder (Pedersen et al, 2015).

<sup>12</sup> I undersøgelsen er de unge blevet bedt om at svare på, om de har fået stillet en psykiatrisk diagnose af en psykiater. Men da svarene bygger på selvrapportering (og ikke kan krydses med andre registre) kan det ikke afvises at nogle af de unge kan have forvekslet en psykiater med en læge eller en psykolog. Forskerne anser dog denne usikkerhed for at være minimal ift. det samlede resultat (Pedersen et al, 2015:12).

Figuren viser også, hvor belastede de forskellige typer af unge er i forhold til rusmiddelbrug<sup>13</sup>: De grupper af unge, der har det største forbrug af rusmidler er *unge med svært eksternaliserende problemer*, *unge med psykiatriske/stress-relaterede problemer* samt *unge med svært internaliserende problemer*. Disse grupper af unge er samtidig kendetegnet ved, at en høj procentdel af dem har fået med mindst én psykiatrisk diagnose. Det er altså blandt disse tre grupper af unge, at den største andel af unge med dobbeltdiagnoser vil befinde sig, jævnfør nedenstående gennemgang:

⇒ **Unge med svære eksternaliserende problemer**

Center for Rusmiddelforskning skønner, at omkring 19.000 danske unge mellem 15-25 år kan placeres i denne gruppe. Gruppen består af knap 70 % unge mænd.

Det er klart indenfor denne gruppe af unge, der ses det største forbrug af rusmidler: 18,9 % af de svært eksternaliserende har brugt cannabis mindst 20 dage og/eller andre illegale stoffer mindst 4 dage indenfor den seneste måned. Det er også her vi ser flest, der jævnligt "binge-drikker" (24,4 %), og over halvdelen af disse unge (56,3 %) har røget cigaretter mindst 20 dage indenfor den seneste måned. Det er også klart, at der blandt denne gruppe af unge er langt større risikovillighed ift. brug af rusmidler: Knap 81 % af alle unge i denne gruppe har prøvet cannabis nogensinde. Den tilsvarende procentsats for unge med få psykiske problemer er knap 37 %.

Knap 2/3 (61 %) har mindst én psykiatrisk diagnose, 44 % har fået diagnosen ADHD.

⇒ **Unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer**

Det skønnes, at omkring 44.000 unge kan placeres i denne gruppe. Unge kvinder er i klar overvægt i denne gruppe – de udgør 62 %.

Unge indenfor denne gruppe har ikke et problematisk brug af rusmidler i helt samme grad som unge med svære eksternaliserende problemer, men deres forbrug er stadig væsentlig højere end for den gruppe af unge, der har få eller ingen psykiske problemer: 6,4 % har røget cannabis mindst 20 dage og/eller brugt andre illegale stoffer indenfor den seneste måned; 4,5 % har "binge-drukket"; og knap 1/3 (29,9 %) har røget cigaretter mindst 20 dage indenfor den seneste måned. Det er i denne gruppe af unge, der ses flest unge med mindst én psykiatrisk diagnose: 70,2 %. 18 % fået en ADHD-diagnose, mens 59 % har fået en anden diagnose. Derudover har 38 % oplevet mindst 5 traumatiske/stressfyldte oplevelser, fx har 40 % af disse unge oplevet fysiske overgreb; 36 % har oplevet omsorgssvigt; 35 % har oplevet alvorlig sygdom (egen sygdom eller i nærmeste familie); 27 % har forsøgt at tage deres eget liv og 19 % har oplevet seksuelle overgreb.

⇒ **Unge med svære internaliserende problemer**

Det skønnes, at omkring 20.000 unge befinder sig i denne gruppe. Unge kvinder udgør knap ¾ af alle unge i gruppen (73,7 %).

Unge indenfor denne gruppe har et forbrug af rusmidler, der ligger nogenlunde på niveau med unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer, hvad angår forbrug af cannabis og andre illegale stoffer: 5,5 % har brugt cannabis og/eller andre illegale stoffer i et problematisk omfang (IS 20+/4). Forbruget af alkohol blandt unge med svære internaliserende problemer ligger noget højere (8,3 % har "binge-drukket") end for unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer.

---

<sup>13</sup> IS 20+/4 = har brugt cannabis mindst 20 dage indenfor den seneste måned og/eller andre illegale stoffer mindst 4 dage indenfor den seneste måned; Binge = fuldskabsdrukket (mindst 5 genstande på en dag) mindst 1 gang om ugen; Cig20+ = har røget cigaretter mindst 20 dage indenfor den seneste måned.

Knap halvdelen (44,2 %), har et næsten dagligt forbrug af cigaretter, hvilket er tættere på procentdelen for unge med svære eksternaliserende problemer.

64,7 % af de unge med svære internaliserende problemer har fået mindst én psykiatrisk diagnose, og i lighed med de unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer er der flest med andre diagnoser end ADHD (13,4 % har fået en ADHD-diagnose, mens 59,3 % har fået en anden psykiatrisk diagnose). Denne gruppe af unge dør med alvorlige psykiske belastninger: indenfor den seneste måned har 95 % følt sig påvirket af depressive symptomer, 84 % har følt sig ensomme og 69 % har haft selvmordstanker. Lidt over halvdelen (55 %) fortæller, at de på mindst et tidspunkt i deres liv har forsøgt at tage deres eget liv. (Pedersen et al 2015:8-10)

Også de to grupper af moderat belastede unge (*unge med moderate eksternaliserende problemer og unge med moderate internaliserende problemer*) er værd at have opmærksomhed på. Disse unge er ikke så belastede som de tre ovennævnte grupper, men må klart betragtes som risikogrupper. Især er det værd at bemærke, at en del i gruppen af unge med moderate eksternaliserende problemer også har et relativt stort forbrug af rusmidler (5,6 % har brugt cannabis 20 dage og/eller andre illegale stoffer 4 dage indenfor seneste måned; 16,4 % har "binge-drukket"; 40,4 % ryger cigaretter næsten dagligt). Kun relativt få (2,3 %) indenfor denne gruppe har dog (endnu) fået en psykiatrisk diagnose.

### Særlige risikofaktorer

Kortlægningen fra Center for Rusmiddelforskning giver et solidt overblik over, hvilke grupper af unge, der særligt skal rettes opmærksomhed mod, når målgruppen af unge med dobbeltdiagnoser skal indkredses og forstås bedre. Men også andre større og mindre, både kvalitative og kvantitative, undersøgelser og forskningsprojekter på unge- og misbrugsområdet er blevet fremlagt de senere år, og kan tilsammen være med til at uddybe beskrivelsen af målgruppen og de risikofaktorer, det er særligt vigtigt at have øje for. Nogle af de risikofaktorer, som man generelt skal være særlig opmærksom på i forhold til unges brug af rusmidler, er<sup>14</sup>:

- Tidlig rusmiddel-debut
- Mistrivsel og psykisk eller psykiatrisk sårbarhed, herunder selvoplevet behov for selvmedicinering samt forskellige diagnoser som fx ADHD, PTSD, angst, depression
- Ustabil opvækst, herunder manglende støtte, omsorgssvigt, vold eller misbrug hos forældrene samt anbringelse uden for eget hjem og ustabile boligforhold
- Venner og socialt netværk med misbrug af rusmidler
- Ustabil eller manglende tilknytning til skole/beskæftigelse

I det følgende vil vi se nærmere på, hvordan disse generelle risikofaktorer spiller særligt ind i forhold til målgruppen af unge, der er dobbelt belastede eller har dobbeltdiagnoser.

### Tidlig debutalder

Når en ung begynder at bruge rusmidler i en meget tidlig alder, er der altid grund til bekymring. Fra større undersøgelser og monitoreringer på ungeområdet ved vi, at der er en sammenhæng mellem tidlig debut af rusmidler og et senere misbrug af rusmidler (bl.a. Pedersen et al, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2011; MULD-rapporterne, 2000-08).

I denne undersøgelse er fokus på primært på alkohol, hash og andre illegale stoffer, men fra andre undersøgelser ved vi, at en tidlig debut med cigaretter kan indikere (begyndende) mistrivsel og/eller stor

<sup>14</sup> Her hentet fra Socialstyrelsens Vidensportal.dk (Ege, 2004; Pedersen, 2005; Pedersen et al, 2012; Järvinen et al 2010)

risikovillighed. For eksempel viser en nordisk undersøgelse, at den kraftigste forudsigende faktor for senere hashbrug er, at den unge startede med at ryge cigaretter før de var 12 år gamle (Møller & Demant, 2011). Og en af de seneste danske undersøgelser på området, Ungeprofil-undersøgelse 2015, viser en signifikant sammenhæng mellem cigaretrykning og hash: 71 % af de unge ml. 15-25 år, der ryger cigaretter dagligt, har også prøvet hash (Partnerskabet bag Ungeprofilundersøgelsen, 2016).

Bag den tidlige debut af rusmidler ligger ofte alvorlige problemer, fx problemer i familien, i skolen eller i forholdet til kammeraterne. Eller den tidlige debut kan skyldes begyndende adfærdsmæssige eller psykiske problemer, problemer som måske endnu ikke forbindes med alvorligere psykiske forstyrrelser, hverken af den unge selv eller af de nære voksne omkring den unge.

For eksempel viser en nyere dansk Ph.d.-afhandling om sammenhæng mellem misbrug og ADHD, at børn (særligt drenge), der har tidlige adfærdsproblemer, fx hyperaktivitet, ensomhed, vanskeligheder med at skabe gode relationer til andre, har større risiko for at opleve jævnaldrenes afvisning. Og når de bliver afvist af jævnaldrene, er der større risiko for, at de i stedet søger mod afvigende unge, der er mere risikovillige – også når det gælder rusmidler. Og dermed er unge med tidlige adfærdsproblemer også i større risiko for at komme i kontakt med rusmidler (Jones, 2014).

Der er derfor altid grund til at være opmærksom på unge, der i en tidlig alder udviser større risikovillighed, også selv om mange unge netop i teenagealderen er mere risikovillige, afprøvende og eksperimenterende.

### Mistrivsel og psykisk/psykiatrisk sårbarhed

Ungdomstiden er en tid, hvor mange unge i perioder vil være mere eller mindre psykisk sårbare, fordi de er i gang med at danne sig selv og finde ud af, hvem de egentlig er – og gerne vil være. De fleste forældre til teenagere vil formentlig også kunne skrive under på, at unge i den alder til tider kan være særdeles uforudsigelige: Den ene dag et velfungerende ungt menneske, den næste dag nærmest et monster, der overhovedet ikke er til at tale fornuft med.

Ungdomstiden byder på mange situationer, som kan være svære, eller som den unge ikke har været i før, og som derfor kan virke udfordrende og uoverskuelige for den enkelte. Indimellem vil de fleste unge derfor have brug for støtte til at finde en – eller flere – veje at gå i deres liv. De psykiske vanskeligheder, som unge kan stå i, kan derfor være svære at definere (og diagnosticere), netop fordi de unge endnu ikke har udviklet en stabil personlighedsstruktur, og fordi en række symptomer i særlig grad synes at høre ungdommen til (selvmordstanker, selvskaide, spiseforstyrrelser m.fl.) (Pedersen et al, 2012). Samtidig vil unges brug af rusmidler i ungdomstiden være præget af ustabilitet og eksperimenteren og af de skift i betydningsfulde andre og identitet, som ungdomstiden netop er præget af (Pedersen et al, 2012).

Det kan med andre ord være overordentligt svært at vurdere om unges brug af rusmidler og samtidige psykiske vanskeligheder skal ses som periodisk – og forbigående – mistrivsel, eller som de første tegn på, at de unge er ved at udvikle psykiske vanskeligheder udover det normale.

Ikke desto mindre bliver mange unge (og voksne) i disse år diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse (fx ADHD, OCD, depression, angst)<sup>15</sup>, og samtidig er der i samfundet som helhed en udbredt brug af psykiatriske diagnoser i hverdagssproget.

---

<sup>15</sup> Iflg. Center for Rusmiddelforsknings seneste stikprøveundersøgelse angiver ca. 9 % af de unge ml. 15-25 år at have en psykiatrisk diagnose (Pedersen et al, 2015:11). Det svarer til lidt mere end 70.000 unge, ud af den samlede ungepopulation på 795.000.

### Unge selvoplevede behov for selvmedicinering

Netop den udbredte brug af psykiatriske diagnoser i hverdagsproget afspejles også i begrebet *selvmedicinering*. Selvmedicinering bliver i udstrakt grad brugt i de unges hverdagsprog omkring rusmiddelbrug – og også i mange faglige artikler og forskningsarbejder.

Selvmedicinering kan defineres som: *dét at enkeltindivider selv udvælger og bruger medicin for at behandle nogle selvoplevede eller selvdiagnosticerede tilstande eller symptomer*<sup>16</sup>. Begrebet er ret problematisk, dels fordi ordet 'medicinering' indikerer, at noget er nødvendigt og/eller grundigt testet og afprøvet i større videnskabelige undersøgelser, og dels fordi 'selv' indikerer, at medicineringen foregår uden at (læge)faglig ekspertise nødvendigvis har været med ind over, hverken diagnosticeringen eller ordinationen. Når dertil lægges, at den 'medicin', som unge bruger til at 'medicinere sig selv' med er alkohol, illegale stoffer eller medicin, der er ordineret til anden brug (fx ritalin, der bruges intravenøst og i større doser, end ordineret), bliver begrebet ekstra problematisk.

Ikke desto mindre beskriver en del unge deres brug af rusmidler som selvmedicinering, dvs. som noget de har brug for at tage, fordi det hjælper med at få ro på en ellers urolig krop, fordi det hjælper på koncentrationen i skolen, og/eller fordi det dulmer eller kan få én til at glemme problemerne. Det fremgår både af de unges egne udsagn (i fx interviewundersøgelser og medier) og af vores interviews med fagpersoner på feltet. Når unge omtaler deres brug af rusmidler som selvmedicinering kan det selvfølgelig handle om, at de unge på den måde prøver at legalisere deres eget brug, både over for sig selv og andre: *"Rusmidlet hjælper på noget, der ikke er godt – og derfor er det ok at bruge det."* Men de fleste af disse unge har sandsynligvis symptomer, som de oplever at kunne dulme med rusmidler – uanset om de rent faktisk har en diagnose (fx ADHD) eller ej. Netop derfor er det interessant at se nærmere på selvmedicinering, når målgruppen er unge med dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning.

En kvalitativ undersøgelse af unge i behandling for hashmisbrug, har set på de unges egne fortællinger om deres misbrug<sup>17</sup> (Järvinen & Ravn, 2015). Iflg. de unge selv skyldes deres hashmisbrug: 1) erfaringer fra deres barndom/opvækst – de unge oplever selv, at de har været særligt udsatte for misbrug, fx på grund af forældrenes misbrug, vold i hjemmet eller lign.; 2) selvmedicinering, på grund af ADHD, borderline, angst, depression (både diagnosticerede og selvoplevede lidelser); 3) at de hang ud med de forkerte kammerater; eller 4) at det er en del af en selvvalgt livsstil og en særlig måde at se verden på.

En del af de unge, der betragter hashen som selvmedicinering, ser hashen som deres 'medicin' på niveau med anden nødvendig medicin – og dermed ikke som et problem. Eller de har en forventning om, at de skal være kureret for deres psykiske problemer, inden de kan kvitte hashen. Når de samme unge bliver spurgt til fremtiden er det især interessant, at nogle af dem har en forventning om, at deres psykiske tilstand er mere eller mindre kronisk, og at det dermed også er nødvendigt at vedblive at bruge hash, med mindre de kan få samme lindring af fx ADHD-medicin eller beroligende medicin.

---

<sup>16</sup> Denne definition er hentet fra NCBI, National Center for Biotechnology Information i USA. Det har ikke været muligt at finde en officiel dansk definition af begrebet selvmedicinering på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Dog bliver begrebet omtalt i *Rusmidlernes Biologi* (Rindom, 2004), men her bliver det blot defineret som *dét en person, der er psykisk afhængig, vil gøre for at få fat i et givent stof*.

<sup>17</sup> Undersøgelsen omfatter kvalitative interviews med 30 unge i misbrugsbehandling, 19 mænd og 11 kvinder, med en gennemsnitsalder på 21,7 år. Undersøgelsen forholder sig ikke til hvor stort et forbrug den enkelte ung havde ved indskrivning, men fokuserer på de unges egne narrativer om deres rusmiddelbrug, både historisk (før indskrivning) og fremtidigt (forventninger til efter indskrivning) (Järvinen & Ravn, 2015).

I en anden undersøgelse har forskere undersøgt personer, der selv dyrker deres egen cannabis med selvmedicinering for øje (Dahl & Frank, 2010)<sup>18</sup>. Interviewpersonerne er alle over 25 år, men er startet med at bruge cannabis som teenagere. De lider alle af diagnosticerede sygdomme, og cannabis bruges som smertelindring og/eller mod psykiske lidelser (som ADHD, PTSD, depression og angst), enten som alternativ til ordineret medicin (fx som alternativ til ritalin) eller som supplement til ordineret medicin (fx for at undgå bivirkninger som tab af appetit eller søvnløshed). Det fremgår ikke af artiklen om interviewpersonerne er blevet spurgt ind til deres fremtidige brug af cannabis, men det må formodes, at deres svar nok ville være nogenlunde på niveau med de unge i ovenstående undersøgelse: At det ikke er muligt/ønskeligt at stoppe med brug af cannabis, før symptomer (på smerter, psykiske lidelser m.m.) er forsvundet, eller at anden medicin viser sig at have samme lindrende effekt som cannabis.

Unge selvoplevede symptomer og deres begrundelser for selvmedicinering med rusmidler, er således særdeles vigtige at have fokus på, når og hvis de unge skal have en adækvat hjælp til at komme ud af et eventuelt misbrug af rusmidler samtidig med, at de har større eller mindre psykiske belastninger.

### Unge med diagnoser – eller med symptomer

Det hører til sjældenhederne, at unge, der er velfungerende på alle planer (i forhold til familie, kammerater, generel trivsel, skole osv.), får alvorlige problemer med rusmidler. Når der opstår problemer med rusmidler, er der næsten altid også andre adfærdsmæssige, sociale og/eller psykiske problemer i spil (Pedersen et al, 2009). Det ses særligt, når vi ser nærmere på unge, der er eller har været i behandling for misbrug af rusmidler. Udover problemer med rusmidlerne ses der også ofte alvorligere psykiske forstyrrelser. Det viser flere forskellige undersøgelser på området:

I en evaluering af tre lovende behandlingsmetoder<sup>19</sup> estimerer SFI, at 1 ud af 3 unge i behandling har mindst én psykiatrisk diagnose, og knap 1 ud af 5 unge med psykiatrisk diagnose har 2-3 diagnoser. Omkring 2/3 af de unge, der har en diagnose angiver at have ADHD eller ADD, ¼ angiver at have depression, ca. 1 ud af 10 angiver at have stress, angst eller OCD, og ca. 1 ud af 10 angiver at have skizofreni eller psykoser (Termansen et al, 2015).

En evaluering af et behandlingssted for unge, Stofrådgivningen, har undersøgt de unges psykiske belastninger (Frederiksen & Ravn, 2014)<sup>20</sup>. Omkring halvdelen (69 ud af 139) var på undersøgelsestidspunktet diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose, 11 % havde endda mere end 3 diagnoser. 28 af de unge var allerede diagnosticerede inden indskrivningen, de resterende 41 blev diagnosticeret under indskrivningen af en af stedets psykiatere. Langt de fleste diagnoser var adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, herunder ADHD (53 unge), men der forekom også diagnoser som fobi og angst (15 unge), affektive lidelser (13 unge), udviklingsforstyrrelser (8 unge) og skizofreni (6 unge). Udover de psykiatriske diagnoser oplevede de unge også en række andre generelle psykiske problemer, som til dels også kan have direkte sammenhæng med rusmidlernes fysiologiske og psykiske indvirkninger. Inden indskrivningen oplevede 58

<sup>18</sup> Undersøgelsen er en mindre del af en større internetbaseret spørgeskemaundersøgelse af ikke-kommercielle selvdyrkere af cannabis. En række små cannabis-dyrkere angav at bruge hashen helt eller delvist til selvmedicinering, og blev efterfølgende interviewet uddybende. Interviewpersonerne var mellem 25-71 år, og er derfor som sådan ikke en del af målgruppen fra nærværende undersøgelse. Alle interviewpersoner angav at de påbegyndte deres hashbrug som teenagere, hvorfor det synes relevant at inddrage undersøgelsen her (Dahl & Frank, 2010).

<sup>19</sup> SFI har, som led i Socialstyrelsens afprøvning af lovende metoder, evalueret tre behandlingsmodeller til unge under 18 år med misbrug i perioden 2011-2014: U-turn, Københavns Kommune, der blev afprøvet i hhv. Helsingør og Horsens kommuner; U18, Ungdomscentret i Aarhus Kommune, der blev afprøvet i hhv. Ålborg og Odense kommuner; samt MST-SA, der blev afprøvet i hhv. Herning og Aarhus kommuner (Termansen et al, 2015).

<sup>20</sup> Stofrådgivningen er et privat behandlingstilbud til unge under 30 år, beliggende i København. Evalueringen bestod af både en kvantitativ del og en kvalitativ del, baseret på interviews med de unge.

% af de unge således at have koncentrationsproblemer, 55 % at have depressive tanker, 31 % at have angst, 21 % at have aggressionsproblemer og 18 % at have selvmordstanker.

Resultaterne fra denne evaluering svarer til lignende undersøgelser, både i Danmark og internationalt. Blandt andet et projektforsøg fra Ungdomscentret i Aarhus Kommune, hvor alle unge, der henvendte sig i behandlingstilbuddet, blev screenet af en psykolog og en psykiater (Vadgaard, 2009)<sup>21</sup>. Her fandt man, at 60 % af de unge havde en dobbeltdiagnose og et psykiatrisk behandlingsbehov. Og i en anden dansk undersøgelse blev det konkluderet, at svært (multi)misbrug på forskellig vis kan knyttes tæt sammen med angst, hallucinationer, aggression, PTSD-lignende symptomer og selvmordstanker, og videre, at *”psykisk belastning kan forudsætte et problematisk forbrug af rusmidler, men at det modsatte lige så sandsynligt er tilfældet”* (Pedersen et al, 2009)<sup>22</sup>. Det vil sige, at et stort forbrug af rusmidler også kan være medvirkende til, at der opstår alvorlige psykiske forstyrrelser og belastninger.

Der synes således ikke at være tvivl om, at en betydelig del af de unge, der har et behandlingskrævende brug af rusmidler, også har – eller kan få – alvorlige psykiske belastninger eller forstyrrelser.

### **Unge med ADHD – eller med ADHD-lignende symptomer**

At der kan være en sammenhæng mellem misbrug og psykiske forstyrrelser er særlig tydeligt, når vi ser på ADHD<sup>23</sup>. Netop sammenhængen mellem misbrug og ADHD er genstand for betydelig forskning i disse år. Det viste vores litteratursøgning med al tydelighed. Især indenfor den medicinske forskning synes der at være stor forskningsmæssig interesse for netop denne sammenhæng.

Her vil vi dog i første omgang se nærmere på en dansk ph.d.-afhandling, der ud fra et psykologisk perspektiv undersøger sammenhængen mellem misbrug af rusmidler og ADHD/ADHD-lignende symptomer blandt unge i alderen 15-18 år (Jones, 2014)<sup>24</sup>. Jones fremhæver, at over 20 % af de mennesker, der indskrives i en misbrugsbehandling, lever op til de kriterier, der skal til for at stille diagnosen, ADHD (Jones, 2015).

En af pointerne i ph.d.-afhandlingen er, at nogle unge med ADHD eller ADHD-symptomer har større risiko for at komme ud i et misbrug. Og selv hvis de ikke selv bruger rusmidler, har de større chancer for at være sammen med venner og kammerater, der (mis)bruger rusmidler (se også *Tidlig debut*). Men det gælder ikke alle unge. Unge, der kommer fra familier med fornuftig økonomi, engagerede familier, og som er vokset op i ikke-socialt belastede områder, har ikke større risiko for at komme ud i misbrug end andre unge. De unge, der er i størst risiko, er således de unge, der både er impulsive (og dermed også ofte mere risikosøgende) og samtidig er vokset op i økonomisk trængte familier, med fraværende familier og i socialt belastede områder.

---

<sup>21</sup> Projektet i Ungdomscentret i Aarhus kommune havde til formål at undersøge behovet for og effekten af et tværfagligt behandlingstilbud for unge med dobbeltdiagnose eller risiko for udvikling heraf, og foregik i tæt samarbejde med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov. Målgruppen var unge under 18 år.

<sup>22</sup> Undersøgelsen er den første af en række publikationer, hvor Center for Rusmiddelforskning satte fokus på behandling af unge i alderen 13-17 år med et problematisk forbrug af rusmidler, med udgangspunkt i UngMap. Denne undersøgelse omhandlede 13-17 årige piger, der misbruger rusmidler (Pedersen et al, 2009).

<sup>23</sup> ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) er en neuropsykiatrisk lidelse, der i varierende grad påvirker hjernes evne til at regulere opmærksomhed og koncentration, aktivitetsniveau (typisk hyperaktivitet) samt impuls kontrol.

<sup>24</sup> Phd'en er bl.a. skrevet på baggrund af gennemgang af eksisterende dansk og international forskning om emnet samt på surveydata fra danske unge i alderen 15-18 år, bosiddende i fire danske kommuner. Resultater fra undersøgelse kan ikke generaliseres til at gælde alle danske unge, fx kan især de mest udsatte unge være faldet fra, men undersøgelsen kan alligevel give et fingerpeg om udbredelsen af ADHD blandt danske unge (Jones, 2014; Jones & Hesse, 2014; Jones et al, 2016; Jones 2016).



Interviews med de unge viste, at en ADHD-diagnose kan være med til at give de unge en forståelse af, hvorfor de har særlige udfordringer, hvilket også bekræftes af andre undersøgelser (fx Ravn, 2012). Men ikke alle unge har gavn af en psykiatrisk diagnose. Det får Jones til at konkludere, at det er vigtigt ikke bare at forstå de unge med ADHD ud fra deres diagnose, men ud fra en forståelse, der inddrager det hele menneske med følelser, håb og bekymringer.

Overordnet konkluderer Jones, at man skal passe på med alene at forstå ADHD-symptomer medicinsk som forårsaget af underliggende neurologiske mangler. Dels fordi ikke alle er hjulpet med en psyko-farmakologisk tilgang. Og dels fordi der ofte er brug for en langt mere helhedsorienteret og kompleks tilgang: Forskningen viser at socialiseringsprocesser er med til at skabe misbrug (de unge bruger som udgangspunkt rusmidler i samvær/sampil med andre), og at unge med ADHD-symptomer i højere grad danner relationer til afvigende unge (unge, der er mere risikovillige).

### **PTSD eller alvorlige traumatiske oplevelser**

En anden dansk ph.d.-afhandling har set nærmere på sammenhængen mellem traumer, herunder PTSD<sup>25</sup>, og misbrug af rusmidler blandt unge i alderen 15-18 år (Donbæk, 2016)<sup>26</sup>. Denne sammenhæng er særligt interessant, fordi den sene ungdomstid både er en livsperiode med forhøjet risiko for at opleve negative livsbegivenheder og samtidig også er kendetegnet af eksperimenterende og risikovillig adfærd, inklusiv brug af rusmidler.

Donbæk gør klart, at der er en forskningsmæssigt velunderbygget sammenhæng mellem PTSD og misbrug af alkohol og stoffer. Således viser forskellige internationale repræsentative undersøgelser, at 5-9 % af en ungepopulation opfylder de diagnostiske kriterier for PTSD. 80 % af de unge, som lider af PTSD, har også andre diagnoser, ofte misbrug af rusmidler: Blandt de unge, der har et tidligt førstegangsførbrug af mindst fem genstande om dagen eller brug af illegale stoffer, opfylder 12 % de diagnostiske kriterier for PTSD. Og blandt unge, der er i stofmisbrugsbehandling, opfylder 20-27 % de diagnostiske kriterier for PTSD (Donbæk & Pedersen, 2016).

Donbæks ph.d.-afhandling bekræfter denne sammenhæng, og overordnet kan det derfor konstateres, at unge med PTSD også har en øget sandsynlighed for at udvikle et misbrug af rusmidler – og omvendt. Unge, der har været udsat for et bredt spektrum af traumatiske oplevelser, som dermed kan få psykiske, sociale og adfærdsmæssige vanskeligheder, kan opleve, at rusmidler dulmer følgerne af de traumatiske oplevelser. Omvendt vil unge, der færdes i et miljø med et problematisk rusmiddelbrug, også være i risiko for at opleve traumer, fx som følge af vold eller andre voldsomme oplevelser.

Sammenhængen mellem PTSD og misbrug er dog kompleks og langt fra entydig, og udviklingen af den ene eller begge forstyrrelser er også afhængig af en lang række risiko- og beskyttelsesfaktorer, som fx fravær af forældreopsyn, sammenhængskraft i familien, social støtte, socialt netværk og kriminalitet. Derudover viser Donbæks analyser, at der også kan være en kønnet forskel på udvikling af samtidig PTSD og misbrug:

---

<sup>25</sup> PTSD (Post Traumatisk Stress Syndrom) er en tilstand, der opstår på baggrund af én eller flere traumatiske hændelser. PTSD griber omfattende ind i den enkeltes evner til at udføre de mest basale opgaver i hverdagen og forårsager reaktioner i både sind og krop. Fra en af de førende forskere i børn og unge med PTSD ved vi, at mere end 40 % af de børn og unge, der oplever ekstremt traumatiske oplevelser (naturkatastrofer, trafikuheld, livstruende sygdom, fysiske og psykiske overgreb/misbrug m.m.), udvikler kroniske psykiatriske lidelser, der påvirker deres følelsesmæssige, indlæringsmæssige og sociale funktioner (Perry, 2007).

<sup>26</sup> Ph.d.-afhandlingen er baseret på gennemgang af dansk og international forskning samt på surveydata fra danske unge i alderen 15-18 år, bosiddende i fire danske kommuner. Resultater fra undersøgelse kan ikke generaliseres til at gælde alle danske unge, fx kan især de mest udsatte unge være faldet fra, men undersøgelsen kan alligevel give et fingerpeg om udbredelsen af PTSD blandt almindelige danske unge (Donbæk, 2016; Donbæk & Pedersen, 2016).

Drenge med et stofmisbrug har større risiko for at udvikle PTSD end piger med et stofmisbrug, mens piger med et alkoholmisbrug tilsvarende har større risiko for at udvikle PTSD end drenge med et alkoholmisbrug (*Donbæk og Pedersen, 2016*). Det er ikke muligt på baggrund af denne undersøgelse at uddybe årsagssammenhængen, men det kan blot konstateres, at der også er en kønnet forskel på hvad hhv. drenge og piger oplever at have været udsat for. Fx har en større andel af drengene end pigerne været udsat for vold eller trusler om vold, mens en større andel af pigerne end drengene har været udsat for seksuelle overgreb eller har forsøgt selvmord.

At mistro og psykisk/psykiatrisk sårbarhed er en væsentlig risikofaktor for udvikling af et misbrug af rusmidler, synes således hævet over enhver tvivl. Præcis hvordan denne sammenhæng udfolder sig hos den enkelte, må bero på en nærmere undersøgelse. Vigtigt er det dog også at være opmærksom på, at dét, der kan se ud til at være problemfyldt, adfærdsvanskeligt, mangelfuldt eller sygt, også kan opfattes som en invitation til andre om at komme nærmere (*Hertz, 2010*).

### Ustabil opvækst

Fra forskning om udsatte unge ved vi, at det øger risikoen for problemer, herunder rusmiddelproblemer, hvis den ung har haft en ustabil opvækst, med ringe forældreopbakning, omsorgssvigt, vold eller misbrug hos forældrene, anbringelse uden for hjemmet og hjemløshed. Det vil komme for vidt i nærværende undersøgelse at gå i dybden med forskning, der understøtter dette – her vil vi i stedet blot henvise til fx den forskning, som foregår på CEFU, Center for Ungdomsforskning (*se bl.a. Katznelson et al, 2015; Nielsen et al, 2010a; Nielsen et al, 2010b*).

I stedet vil vi kort se nærmere på et par undersøgelser, omhandlende unge, der har eller har haft en ustabil opvækst – og dermed er i særlig risiko for at være/blive dobbeltbelastede og/eller dobbeltdiagnosticerede.

Unge, der pga. en ustabil opvækst, anbringes uden for hjemmet, er en særlig sårbar gruppe af unge, også ift. rusmiddelbrug. Det ses blandt andet i dét, kommunerne angiver, som årsager til anbringelserne: 11 % af alle børn og unge anbringes uden for hjemmet pga. den unges eget misbrug af rusmidler, og dertil kommer, at 13 % af alle børn og unge anbringes udenfor hjemmet pga. forældres misbrug af rusmidler (*Ankestyrelsen, 2015*). Disse andele har ligget relativt stabil igennem de sidste 10 år, men må iflg. både praktikere og forskere på området siges at rumme et vist mørketal. I hvert fald kan det konstateres, at en langt større del af de unge, der er anbragt, allerede har eller er i risiko for at udvikle et misbrug af rusmidler, mens de er anbragt (*Jensen & Hansen, 2011; Jensen & Hansen, 2008*).

Ankestyrelsens statistik viser også, at en meget stor del af børnene og de unge anbringes på grund af forhold, der tyder på alvorlige psykiske belastninger: 15 % anbringes pga. udviklingsforstyrrelser (autisme, ADHD m.v.), 13 % anbringes pga. selvskaide eller opmærksomhedssøgende adfærd; 30 % anbringes pga. udadreagerede adfærds- og/eller tilpasningsproblemer og 16 % anbringes pga. indadreagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer hos 16 %. Det er ikke muligt at lave en direkte sammenligning mellem Ankestyrelsens undersøgelse og undersøgelsen fra Center for Rusmiddelforskning, som blev gennemgået tidligere i dette kapitel (*Pedersen et al, 2015*), men langt de fleste af de unge, der bliver anbragt, må forventes at tilhøre grupperne af unge med svært eksternaliserende problemer, unge med psykiatriske/stressrelaterede problemer samt unge med svært internaliserende problemer, og en meget stor del af de anbragte unge må derfor også betragtes som dobbeltbelastede, hvis de da ikke ligefrem er dobbeltdiagnosticerede.

En ustabil opvækst kan for nogle unge fortsætte i en ungdomstid, præget af generel ustabilitet ift. økonomi og bolig, og her er særligt hjemløshed et stort problem ift. unge, der er dobbelt belastede (*Benjaminsen &*

Lauritzen, 2015)<sup>27</sup>. Den seneste kortlægning af hjemløshed viser således, at der i 2015 (uge 6) var ca. 1.265 hjemløse unge under 25 år, heraf var 93 under 18 år. Langt hovedparten af de under 18 årige opholder sig sammen med deres forældre, enten på en familieinstitution eller i forskellige former for nødboliger/midlertidige boliger, rettet mod hjemløse. I det følgende vil vi derfor nøjes med at se nærmere på unge hjemløse i alderen 18-24 år.

Her viser kortlægningen, at 77 % af de hjemløse unge har en psykisk sygdom, misbrug eller begge dele, og at knap 1/3 af alle unge hjemløse er psykisk syge misbrugere, altså dobbelt belastede eller dobbeltdiagnosticerede. 30 % af de unge i alderen 18-24 år er gadesovere, dvs. at de enten overnatter på gaden, på en natvarmestue eller et herberg. Af disse er knap 2/3 psykisk syge misbrugere. 33 % af de unge hjemløse kvinder er i psykiatrisk behandling, mens det samme gælder for 18 % af de unge hjemløse mænd. 5 % af de unge hjemløse kvinder er i tilsyn hos Kriminalforsorgen, mens det samme gælder for 18 % af de unge mænd.

Kortlægningen er baseret på en optælling af antallet af hjemløse og går derfor ikke i dybden med de bagvedliggende årsager til hjemløshed og de belastninger, som de unge har. Men forskningen peger på en række risikofaktorer, hvoraf de største enkeltstående risikofaktorer i forhold til hjemløshed er: alkohol- og stofmisbrug, tidligere fængselsdomme og psykisk sygdom. Næsten 2 ud af 3 unge har tre eller flere risikofaktorer. Det samme gælder 'kun' for omkring halvdelen af de midaldrende beboere på danske herberger.

Det kan derfor ikke siges mere tydeligt: Unge, der er dobbelt belastede af både misbrug og psykiske forstyrrelser, er også i risiko for at havne i hjemløshed. Og de unge, der allerede er havnet i hjemløshed, er meget ofte dobbelt belastede (Benjaminsen, 2016).

### Venner og socialt netværk med misbrug af rusmidler

Ungdomstiden er en periode præget af valg og skabelsen af egen identitet, og her spiller venner og socialt netværk en meget stor rolle. De unge orienterer sig stadig – til en vis grad – i forhold til forældre- og voksengenerationen, men i endnu højere grad i forhold til andre unge og dét, der sker i ungekulturen som helhed, fx i de unges rusmiddelkultur. Ungdomslivet kan ikke forstås isoleret, men skal ses som en del af en kontekst og som et fænomen, der bliver til i samspillet mellem den enkelte ung og omgivelserne (Katznelson et al, 2015). Hvis venner og socialt netværk bruger rusmidler, vil det helt naturligt spille ind på den enkeltes syn på og brug af rusmidler.

Det bliver bekræftet af flere danske og internationale undersøgelser: Da en gruppe unge i misbrugsbehandling blev bedt om at fortælle, hvorfor de kom ud i et misbrug, var én af forklaringerne, at de havde hængt ud med de 'forkerte' venner (Järvinen & Ravn, 2015). Og en større undersøgelse af effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling viste, at når kæresten eller andre i familien/det nære netværk misbruger rusmidler, er der en langt større risiko for tilbagefald for den enkelte (Pedersen, 2012).

Der er ikke noget, der tyder på, at venner og socialt netværk skulle have mindre betydning for unge med dobbelt diagnoser/dobbelt belastning – tvært imod. En af pointerne i ph.d.-afhandlingen om sammenhæng mellem ADHD og misbrug var, at unge med ADHD ofte søgte mod venner og kammerater, der var mere risikovillige, og derfor også oftere kom i kontakt med rusmidler (Jones, 2014).

---

<sup>27</sup> Siden 2007 har SFI, Det nationale forskningscenter for Velfærd, hvert andet år gennemført en landsdækkende kortlægning af hjemløshed i Danmark, baseret på hjemløsetællingen i løbet af uge 6 i de ulige år. Den seneste kortlægning blev gennemført i uge 6 i 2015 (Benjaminsen & Lauritzen, 2015).

Også en større undersøgelse af 'unge på kanten' og disses hverdagsliv, bekræfter hvor meget venner og socialt netværk betyder (Katznelson et al, 2015)<sup>28</sup>. Iflg. undersøgelsen kan de unges håndtering af livets udfordringer inddeles i tre strategier<sup>29</sup>:

- *Jeg-klarer-mig-selv-strategien*: Unge, der langt hen ad vejen har klaret sig selv, også selv om udfordringerne har været store, og også selv om nogle af de måder, de har håndteret livet på, måske ikke har været lige hensigtsmæssigt, fx med misbrug af rusmidler. På den korte bane har de dog klaret den, og de er i stand til at finde konkrete løsninger på deres situation. Bagsiden af medaljen er, at de ofte er ekstremt ensomme. De beder ikke om hjælp selv og opdages måske heller ikke af andre, fordi de er gode til at skjule problemernes omfang, også eventuelle psykiske forstyrrelser.
- *Isolations-strategien*: Unge, der forsøger at glemme problemerne ved at trække sig, give op og håbe på at noget sker, så det bliver bedre. De er typisk meget lidt handlende, vender tingene indad og isolerer sig. De har stort set ingen kompetencer i forhold til at få en dagligdag til at fungere i praksis. De har ikke lært at åbne rudekvarter, gøre rent, lave mad, hvorfor bunkerne vokser, fordi de nærmest har givet op. De får typisk først hjælp, når den er helt gal, for eksempel efter et selvmordsforsøg, eller hvis de har hutlet sig igennem på gaden. Unge, der vælger denne strategi, kan have ikke-diagnosticeret psykiske forstyrrelser eller en psykiatrisk diagnose, der ikke er behandlet (godt nok), og rusmidler kan fylde en del, netop i et forsøg på at dulme problemerne.
- *Værdi-strategien*: Unge, der er optagede af værdier, moral og måden, man behandler andre mennesker, dyr og naturen på. De tager ikke offerrollen på sig, men retter i stedet opmærksomheden udad og fokuserer på samfundsansvar. De forsøger at komme væk fra deres egen fortid, men også fra mainstream-ungdomskulturen, som de alligevel ikke rigtig kan passe ind i. Typisk har de unge bare ladet tingene ske uden tanke for konsekvenserne og tror måske også bare, at tingene går over igen. De er ikke altid interesseret i at tage imod de tilbud, de får. Også her kan der være unge, som har psykiske forstyrrelser (både ikke-diagnosticerede og diagnosticerede), og ofte betragtes og bruges rusmidler, fx hash, som en del af modkulturen til det etablerede.

Uanset hvilke strategier, de unge vælger, er det tydeligt, at venner og socialt netværk har betydning og spiller ind på de unges håndtering af eventuelle psykiske forstyrrelser og rusmiddelbrug, om ikke direkte (nogle af de unge har et meget begrænset socialt netværk), så via den ungekultur, som de kan se og (for de flestes vedkommende) følger aktivt med i via de sociale medier, som fx Facebook.

I arbejdet med unge med dobbelt diagnoser/dobbelt belastning, bliver det derfor også vigtigt at have for øje, hvordan venner og socialt netværk spiller ind for den enkelte – og hvordan netop venner og socialt netværk kan håndteres og inddrages fx i behandlingsarbejdet. Under alle omstændigheder bør der dog

---

<sup>28</sup> CEFU, Center for Ungdomsforskning, har med "Hvem er de unge på kanten af det danske samfund?" leveret et unikt indblik i unge, der er på kontanthjælp og kæmper med hjemløshed, misbrug, sindslidelser og/eller en ustabil tilknytning til uddannelsessystem og arbejdsmarked. Ikke ved at tage udgangspunkt i én af de problemstillinger, som de unge kæmper med, men ved at se på de unges samlede livssituation og valg af hverdagsstrategier (Katznelson et al, 2015).

<sup>29</sup> Disse strategier skal forstås som stereotypiske – en ung vil ikke nødvendigvis i alle livets forhold kun benytte én af strategierne. Snarere vil den enkelte ung gøre brug af forskellige strategier, på forskellig vis, i større eller mindre grad, i forskellige sammenhænge og i relation til forskellige livsområder (Katznelson et al, 2015).

anlægges en helhedsorienteret tilgang, fordi mange forhold spiller ind. Fx viser et par danske undersøgelser, at selv om svære psykiatriske tilstande og adfærdsforstyrrelser kan forøge risiko for tilbagefald efter endt misbrugsbehandling, så kan psykisk belastning faktisk også være med til at fastholde den enkelte i behandling, formentlig især hvis de psykiske belastninger opleves at blive velbehandlet (Frederiksen & Ravn, 2014; Ravn, 2012; Pedersen & Hesse, 2012).

### Ustabil eller manglende tilknytning til skole/beskæftigelse

Uddannelse og beskæftigelse er nogle af de vigtigste socialiseringsfaktorer til integration i samfundet. Uddannelse og beskæftigelse giver både kompetencer og adgang til fællesskaber, som ellers kan være svære at komme ind i. Netop derfor er en ustabil eller manglende tilknytning til skole og beskæftigelse en stor risikofaktor for udvikling af misbrug. Og omvendt: Et stort forbrug af rusmidler kan meget let føre til en ustabil eller manglende tilknytning til skole og beskæftigelse – og dermed stor risiko for at havne på kanten af samfundet (Katznelson et al, 2015; Henriksen, 2016).

Unge, der er dobbelt belastede af både misbrug og psykisk lidelse, er derfor også i endnu større risiko for at ryge ud af uddannelsessystem og arbejdsmarked – eller aldrig at komme rigtigt ind. En af de nyeste danske kortlægninger viser, at især de unge, der er svært belastede af fx misbrug og psykiske forstyrrelser, dvs. *unge med svært eksternaliserende problemer, unge med psykiatriske/stress-relaterede problemer samt unge med svært internaliserende problemer*, (jf. definition tidligere) har en svagere eller ustabil tilknytning til såvel uddannelse som arbejdsmarked end andre unge (Pedersen, 2015). Fx kan 30,1 % af de unge, der går på en produktionsskole, beskrives som svært belastede, mens det samme gør sig gældende for 32,3 % af de unge, der er udenfor uddannelsessystemet og ikke har lønnet arbejde. Kortlægningen viser videre, at de svært belastede unge, herunder særligt de unge, der har et problematisk brug af rusmidler, især findes på de kortere erhvervsrettede uddannelser (SOSU, EGU, skolepraktik m.m.) og i de forberedende tilbud (produktionsskoler og VUC). Fx har en elev, der går på et erhvervsrettet spor eller i et forberedende tilbud 10,45 gange større sandsynlighed for at udvikle et misbrug af stoffer, end en ung, der går i gymnasiet (Pedersen et al, 2015:21).

Der er derfor ingen tvivl om, at netop uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning bliver særlig vigtigt at holde sig for øje, i arbejdet med unge, der er dobbelt belastede/har dobbelt diagnoser. Kortlægningen konkluderer meget kontant: *”Vi vil betragte de svært belastede unge som en meget udsat gruppe, der er i risiko for at udvikle eller blive fikseret i psykisk sygdom og adfærdsmæssige problemer, udvikle stof- og alkoholmisbrug, ikke gennemføre en ungdomsuddannelse og for senere i livet at udvikle andre sociale problemer end dem, de allerede oplever. Gruppen består som nævnt af mindst 82.000 unge i alderen 15-25 år.”* Ikke alle disse unge vil være dobbeltdiagnosticerede, men en stor del vil være belastet af både misbrug og psykiske lidelser.

### Viden om målgruppen

På baggrund af vores litteratursøgning kan det konstateres, at der trods huller efterhånden er oparbejdet en vis portion viden om unge, der er belastede af både misbrug og psykiske vanskeligheder. Udfordringen er dog – især set ift. praksisniveau – at denne viden er indlejret i mange forskellige forskningskontekster. Der er altså ikke ét samlet overblik at gå ud fra, når der skal igangsættes indsatser ift. målgruppen i praksis. Dertil kommer, at der stadig er områder, særlige målgrupper af unge, samt særlige sammenhænge mellem specifikke psykiske lidelser og misbrug, der endnu ikke er grundigt nok afdækket.

#### 4. Indsatser ift. unge med dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning...

Unge, der er dobbelt belastede, med risiko for at udvikle eller blive fikseret i psykisk sygdom og misbrug, skal have den nødvendige hjælp og støtte. Herom er der ingen tvivl. Men hvad er den nødvendige hjælp og støtte – og hvornår og hvordan skal/kan den gives?

Det bedste ville selvfølgelig være, hvis det var muligt helt at undgå, at unge udvikler dobbeltdiagnoser – men i praksis kan det være svært at finde ud af præcis, hvilke symptomer der kan pege i retning af en begyndende psykisk lidelse og/eller et begyndende problematisk brug af rusmidler, og hvordan der kan/skal sættes ind hvornår. Tidlig forebyggelse har været et mantra i både social- og sundhedspolitik i mange år – og er det stadig. Men på trods af gode intentioner og stor fokus på tidlig forebyggelse både i social- og sundhedspolitiske tiltag, er der stadig unge, der udvikler dobbeltdiagnoser – og flere end før.

Når en ung begynder at få problemer med rusmidler og psykiske lidelser, skal der naturligvis handles. Jo før, jo bedre. Men også her kan det være svært at komme med én anvisning på hvordan: De unge og deres behov er forskellige – og derfor skal de også mødes med forskellige og særligt tilpassede tilbud om hjælp og støtte.

En del af vanskelighederne, når vi taler forebyggelse, er den screening, der skal til for at finde de børn og unge, som skal tilbydes forebyggende indsatser. Eller som en norsk pige siger (vores oversættelse): *”Jeg havde lidelsen (som barn), men jeg var ikke blevet udredt (for ADHD). Derfor blev det jo bare til, at jeg var vanskelig. Jeg havde ingen ting på papiret, og derfor fik jeg ikke den rigtige hjælp.”* Efter hun fik diagnosen ADHD som 23-årig – 14 år efter hun begyndte at sniffe lim, og ti år efter hun begyndte et intravenøst heroinmisbrug – har hun fået et bedre hverdagsliv (Thommesen, 2012).

Netop at være opmærksom på den unges adfærd bliver helt essentiel i screeningen af, hvem der har behov for en særlig forebyggende indsats og hvem, der ikke har. Men at kunne screene for en særlig adfærd kræver indsigt og viden i forhold til, hvad der er tale om adfærd indenfor normalområdet på et givent tidspunkt i et barns eller ungt menneskes liv, og viden om hvornår en given adfærd er så bekymrende, at der er brug for en forebyggende indsats.

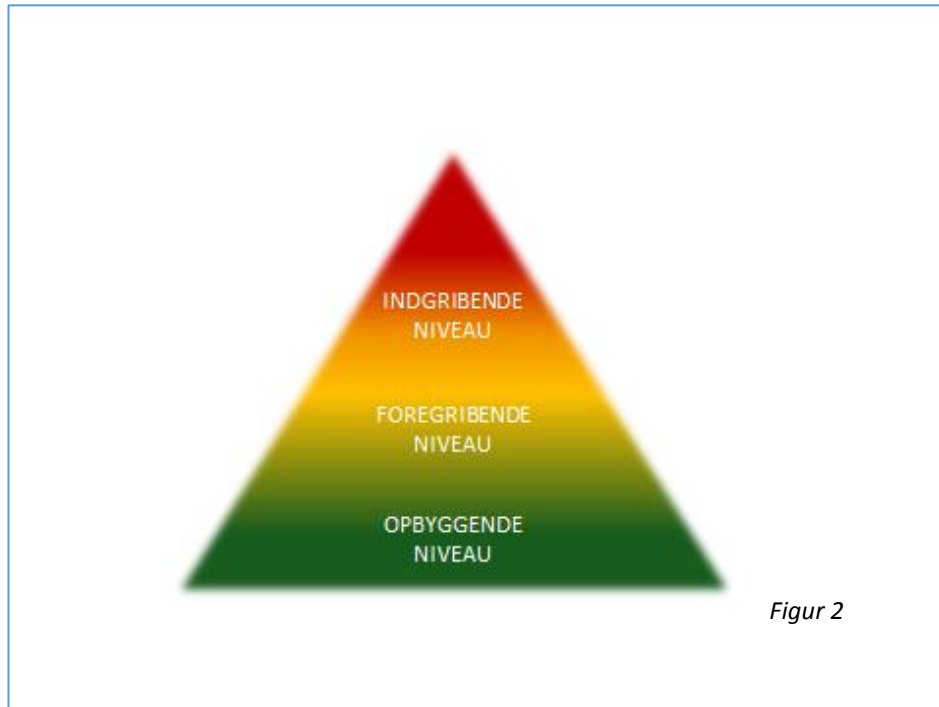
I nogle sammenhænge optræder børn og unge med psykiske vanskeligheder hyppigere end i andre sammenhænge. Der er således stor forskel på, hvor hyppigt vi finder børn og unge med psykiske vanskeligheder i en traditionel skoleklasse, på en produktionsskole og på et døgnanbringelsessted for børn og unge. Og der er forskel på, hvor tit deres psykiske vanskeligheder optræder i sammenhæng med rusmidler. Spørgsmålet der rejser sig er, hvor bredt der skal screenes og forebygges, og hvordan og af hvem der skal screenes og forebygges – og i sidste ende måske behandles.

#### En forståelsesramme for forebyggelse

En traditionel forebyggelsesmodel ser ud som vist i figur 2. Figuren består af tre niveauer: *Det opbyggende niveau, det foregribende niveau og det indgribende niveau*. Farveskalaen indikerer, at der er glidende overgange mellem niveauer – fx vil en rådgivende indsats i forhold til en ung med dobbeltbelastning ofte både have rådgivningsfunktionen, men samtidig rumme en ambition om at inddrage den unge i en behandlingsindsats. På den måde er der både tale om rådgivning på det foregribende niveau, men ofte er der samtidig en ambition om, at rådgivningen fører til en indsats på det indgribende niveau.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at de udsatte grupper – her: børn og unge, der er dobbelt belastede – får mest glæde af forebyggelsesindsatsen. Taler vi f.eks. om en ung pige med begyndende symptomer på mistroivsel i form opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD) vil hendes rastløshed blive 'opdaget' i det opbyggende niveau, og hun vil blive tilbudt indsatser på det foregribende og indgribende niveau. Derfor er

de brede forebyggelsesniveauer også vigtige, når vi taler om unge med psykisk lidelse og misbrug – vi skal helst lokalisere den unge, inden den psykiske lidelse bliver mere alvorlig, og helst inden den unge rammer det skadelige forbrug af rusmidler.



Figur 2

Vi vil på baggrund af de tre forebyggelsesniveauer gennemgå en række indsatser for at anskueliggøre, hvilke typer af indsatser, der eksisterer. Denne indsatsbeskrivelse bliver ikke fuldt dækkende, men skal ses som eksempler. I gennemgangen vil der både være eksempler på forebyggelse i almen området, forebyggelse i særlige indsatser rettet mod unge med dobbeltbelastning og forebyggelse for unge, der er svært belastede eller i risiko for at blive svært belastede i forhold til dobbelt belastning (Pedersen et al, 2015).

### Opbyggende niveau

Der findes lokalt en lang række forebyggende indsatser og foranstaltning. Disse er ofte organiseret og finansieret af kommunerne, men der er også private, fondsdrivne eller statsligt understøttede indsatser, der er målrettet socialt udsatte børn og unge.

Der er imidlertid ganske store forskelle på de kommunale forebyggelsesindsatser. Nogle kommuner har et meget stort beredskab på det opbyggende niveau, mens andre kommuners beredskab er mere begrænset.

Ser vi på de indsatser, der direkte er en del af den kommunale forvaltning er der først og fremmest støttefunktionerne til almenområdets tilbud, fx: de kommunale Pædagogiske Psykologiske Rådgivninger; specialklasser og specialskoler; støttefunktioner til særligt udfordrede børn i daginstitutioner (støttepædagoger); støttefunktioner til særligt udsatte børnefamilier (praktisk pædagogisk støtte/hjemme hos pædagoger). Derudover er der de kommunale støttetilbud efter Servicelovens kap. 11 til børn og unge, der nok mere er ovre i en foregribende forebyggelsesstrategi. Alle disse indsatser har som formål at forebygge, at de vanskeligheder børnene og de unge har, ikke udvikler sig til lidelser og adfærd senere hen, fx i form af dobbeltdiagnose.

Udover disse kommunale tilbud, som de fleste kommuner har, er der også en række andre indsatser, som nogle kommuner stiller til rådighed på det opbyggende niveau. Det kan f.eks. være:

- ⇒ Oprettelse af grupper af socialt udsatte unge, der via formidling af egne erfaringer i almenområdets institutioner, bringer temaer i spil, som bl.a. de unge med øget risiko for at udvikle dobbeltbelastning kan se sig selv i, og kan give dem redskaber til at søge støtte i relevante støttetilbud. Et eksempel på et sådant tilbud er Unge Skaber Håb (USH) i Aalborg Kommune, hvor en gruppe unge mødes en gang ugentlig, støtter hinanden i hverdagslivet, og – når de er forberedt til det, og de har gennemarbejdet deres livshistorier – formidler disse til unge i almenområdet. Flere af de unge i USH er dobbeltbelastede, hvilket også indgår i oplæggene. Der er tale om en win-win situation, hvor både de unge formidlere og tilhørerne får indsigt og viden, som de kan bruge i deres liv (Poulsen, 2014).
- ⇒ En anden indsats i Aalborg Kommune retter sig mod de produktionsskoleelever, der har et misbrug af hash. Der er etableret en gruppe på produktionsskolen, hvor de unge mødes en gang ugentlig, hvor de dels støtter hinanden, og hvor de også kan aftale en mere individuel støtte til at arbejde med deres hashmisbrug – evt. i et andet regi.
- ⇒ Nogle kommuner anvender gadeplansmedarbejdere til de opsøgende funktioner i forhold til børn og unge, der er på vej ind i grupper af andre unge, der er på kanten af samfundet, og hvor de derfor risikere at blive marginaliseret. Gadeplansmedarbejderne vil også støde på nogle af de unge, der er dobbeltbelastede, og ofte også nogle af de unge, der i figur 1 beskrives som moderat eller svært eksternaliserende.
- ⇒ Kommunale børne- og ungdomsrådgivninger som traditionelt er i de større byer. Ungdomsrådgivninger kan både give råd- og vejledning anonymt, men en del ungdomsrådgivninger tilbyder også andre typer af støtte, som f.eks. praktisk støtte i hverdagen og terapi. Derudover har de mulighed for at henvise videre til relevante behandlingsindsatser.

Endelig er der en række indsatser, som drives for midler fra fonde eller fra staten (typisk SATS-puljen). Det er fx:

- ⇒ Headspace der er et åbent anonymt rådgivningssted for psykisk sårbare unge. Det er unge, der pga. deres sårbarhed har vanskeligheder i hverdagen. Det er unge, der lider f.eks. angst, selvskade og ensomhed.
- ⇒ TUBA, der tilbyder anonym og gratis terapi og rådgivning til unge mellem 14 og 35 år, der er vokset op i familier med alkohol- eller stofmisbrug.

Derudover er der indsatser, som kendes fra international litteratur, men som endnu ikke er afprøvet i Danmark. Fx ved vi, at tidlige adfærdsproblemer, jævnaldrendes afvisning og omgang med afvigende unge kan føre til udvikling af misbrug hos den unge. Til det kan programmet The Good Behavior Game anvendes i den tidligere forebyggende indsats, fordi det både er rettet mod barnet selv og mod barnets omgivelser, og det har vist sig effektivt i forhold at forebygge udvikling af uhensigtsmæssig adfærd og ADHD-symptomer.

Det fremgår af denne gennemgang af de lokale og kommunale indsatser – der langt fra er udtømmende – at der er et ganske omfattende net af hjælpeindsatser målrettet unge med psykiske vanskeligheder og vanskeligheder i forhold til rusmidler. Det betyder imidlertid ikke, at der i tilbuddene er en bevidsthed og viden om de dobbeltbelastede unges særlige vanskeligheder endsiige om denne gruppes behov for



integrerede behandlingsindsatser, der både kan arbejde med behandling af den psykiatriske problemstilling og misbruget.

### Foregribende niveau

På det foregribende niveau er der tale om målrettede indsatser i forhold til børn, der har særlig høj risiko i forhold til at udvikle dobbeltbelastning. Vi har tidligere beskrevet, at i sær de forberedende tilbud (VUC og produktionsskolerne) og erhvervsuddannelserne, der rummer mange af de dobbeltbelastede unge, men også på de gymnasiale uddannelser er der unge med dobbelt belastning. Vi beskrev således, at 30,1 % af de unge, der går på en produktionsskole, beskrives som svært belastede, mens det samme gør sig gældende for 32,3 % af de unge, der er udenfor uddannelsessystemet og ikke har lønnet arbejde. Derudover beskrev vi, at de unge, der har et problematisk brug af rusmidler, især findes på de kortere erhvervsrettede uddannelser (SOSU, EGU, skolepraktik m.m.) og i de forberedende tilbud (produktionsskoler og VUC). Fx har en elev, der går på et erhvervsrettet spor eller i et forberedende tilbud, 10,45 gange større sandsynlighed for at udvikle et misbrug af rusmidler, end en ung, der går i gymnasiet (Pedersen et al, 2015:21).

Man kan således sige, at de unge med dobbeltbelastning kondenseres i de kortere erhvervsrettede uddannelser og i de forberedende tilbud. De kommunale rådgivningstilbud og studievejlederne på de kortere erhvervsrettede uddannelser er nok klar over, at de unge i tilbuddene og på uddannelserne har vanskeligere forudsætninger for at leve et integreret liv og gennemføre en uddannelse end andre, men der er næppe en viden om og indsigt i, hvad dobbeltbelastningen betyder for hverdagslivet og dermed også for den unges samlede livssituation – endsige at den unge faktisk har brug for at blive en del af et integreret behandlingstilbud.

Ser vi på børn og unge, der er institutionsanbragte ved vi fra norske studier, at der blandt disse børn og unge er mellem 44 - 96%<sup>30</sup>, der har psykiske lidelser (Kayed et al., 2015). Iflg. en norsk undersøgelse, hvor 400 institutionsanbragte børn/unge er blevet screenet, viste undersøgelsen, at 76% opfyldte kriterierne for mindst en psykiatrisk diagnose. Diagnoserne fordelte sig med 37% på depressiv lidelse, 34% på angstlidelse, 32% på ADHD og 23% på Asperger. Når vi samtidig ved, at personer med en del af disse lidelser har forøget risiko for at komme ud i et misbrug af rusmidler, og at denne risiko øges betydeligt, når de har ophold på døgninstitutioner<sup>31</sup>, så har vi en gruppe mennesker, der er i markant risiko for at få dobbelt diagnose.

Med projekt Døgnanbragte og Rusmidler (finansieret af Helsefonden og gennemført af SPUK og PIHL INKLUSIVE i 2006-2008) blev der sat fokus på de døgnanbragte unges brug af rusmidler, og hvordan de professionelle omsorgspersoner i institutioner og på socialpædagogiske opholdssteder kunne arbejde med rusmiddelproblematikkerne (Jensen og Hansen, 2008). SPUK og PIHL INKLUSIVE har efterfølgende været med til kompetenceudvikling i flere institutioner og socialpædagogiske opholdssteder. Det har været gennemgående, at der er en meget lille fælles viden om rusmidler, og hvordan de unges anvendelse af rusmidler kan håndteres med et opdragelsesperspektiv i en institutionel ramme. Der er ligeledes oftest meget lidt fokus på, hvordan den unges psykiatriske vanskeligheder spiller sammen med den unges anvendelse af rusmidler. Og der er ikke en viden om, at den unge har behov for et integreret behandlingstilbud.

---

<sup>30</sup> Den store forskel skyldes, at der er tale om et review af internationale undersøgelser, og der er store forskelle mellem metoder til diagnosticering, institutionstyper, visitationskriterier m.v., hvorfor tallene ikke er helt entydige.

<sup>31</sup> En undersøgelse gennemført af U-turn viser, at det er 80 % af døgnanbragte unge har prøvet at ryge hash, mens det kun er 40 % af alle unge i Hovedstadsområdet. Samtidig viser undersøgelsen, at ca. 50 % af de døgnanbragte har røget hash indenfor den sidste måned, mens det kun er gældende for ca. 8-10 % af unge i region Hovedstaden (Åbo Pedersen, 2014)

Socialstyrelsen har med udgangspunkt i erfaringer fra Projekt Andre Valg (PAV), der er gennemført på de 8 sikrede døgninstitutioner, valgt at udrulle projekterfaringerne til andre døgnforanstaltninger. Projektet er i øjeblikket i udbud. Selve PAV-projektet kan vel bedst beskrives som et motivationsprojekt, hvor medarbejdere på den sikrede afdeling gennemførte motivations samtaler med de unge i forhold til misbrugsbehandling. De unge, der var en del af projektet, sad primært i varetægtsurrogat, og af dem havde 44 % hash som hovedstof, mens 53 % havde et blandingsmisbrug (alkohol, kokain, amfetamin og andre stoffer). Ved de gennemførte samtaler blev det registreret, at 47 % af de unge ikke havde afsløret psykiatriske diagnoser, og der var heller ikke mistanke herom, 42 % af de unge afslørede eller man havde mistanke om en diagnose og 16 % afslørede/havde mistanke om mere end en diagnose (Vind, 2012 og 2015).

Et af succeskriterierne i projektet var, at de unge efter endt varetægtsfængsling/surrogat ved udskrivningen havde en aftale med et rusmiddelbehandlingssted. Det havde mellem 13 og 71 % af de unge, der havde gennemført PAV-forløbet. Om det førte til, at de unge så reelt indgik i misbrugsbehandling bagefter vides ikke, men det var tydeligt, at i sær de deltagere, der havde 2 diagnoser eller mere havde en meget lav frekvens i forhold til aftale om efterfølgende rusmiddelbehandling (12 %). En del af grunden hertil er iflg. de ansatte på de sikrede afdelinger, at disse unge havde brug for anden støtte end rusmiddelbehandling. Det beskrives ikke, hvad det er for støtte, men et godt bud vil være, at personalet mener hjælp til håndtering af de(n) psykiske lidelser, og at det altså skal på plads inden misbrugsbehandling.

I forhold til samme målgruppe (unge på sikrede afdelinger) blev der i 2006 udgivet en forskningsrapport, der viste, at der var en klar overhyppighed af unge med anden etniske baggrund, og at der indenfor denne gruppe var en meget markant overhyppighed af unge, hvor de enten selv eller deres forældre er flygtet fra krigsområder (Hansen et al, 2006). Disse forskningsresultater er ikke medtaget i Vind's evaluering af PAV, men det kunne have været interessant, fordi krigstraumer hos forældre og unge næppe sættes i relation til psykiatrisk lidelse, hvilket det ellers vil være helt relevant at gøre.

Beskrivelsen af mulige indsatser på det foregribende forebyggelsesniveau er ikke udtømmende, men det giver billeder på, at der bestemt er områder, hvor målrettede støtteindsatser kunne hjælpe børn og unge med dobbelt belastninger.

### Indgribende niveau

Unge, der har udviklet et misbrug af rusmidler og samtidig har psykiske vanskeligheder, har som udgangspunkt brug for hjælp og støtte på et mere indgribende niveau. Men igen findes der ikke én tilgang, der løser alt – tvært imod.

Det ultimative mål må være at hjælpe og støtte den enkelte ung i at komme helt ud af misbrug, og samtidig at deres eventuelle psykiske lidelser bliver behandlet, så disse ikke længere virker forstyrrende ind i dagligdagen. Det er dog ikke altid så ligetil, og i praksis vil det derfor være nødvendigt at se mere nuanceret på både mål og indsatser: Måske handler det i første omgang 'blot' om at reducere skader, *harm reduction*<sup>32</sup>, og støtte de unge i at håndtere rusmidler og/eller psykiske lidelser bedre i dagligdagen, så de unge kan komme ind i/fortsætte i fx uddannelse og arbejde? Eller i hvert fald at hindre, at de unges dobbelte belastninger udvikler sig til det værre? Måske handler det også om at arbejde med andre af de unges problemstillinger, samtidig med – og nogle gange før – der kan arbejdes på at reducere de unges rusmiddelbrug, netop fordi de unge oftere opfatter rusmidlerne som løsningen end som problemet?

I det følgende vil vi se nærmere på, hvordan indsatserne kan/skal gribes an på det indgribende niveau.

---

<sup>32</sup> Harm reduction (skadesreduktion) betyder at reducere de skadelige effekter af misbrug (Peter Ege, tidl. socialoverlæge i Københavns Kommune).

### Overordnede retningslinjer

Sundhedsstyrelsen er i disse år ved at udarbejde nationale kliniske retningslinjer, der skal medvirke til at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet, men der er – i skrivende stund – endnu ikke udarbejdet fælles retningslinjer, for hvordan dobbeltdiagnoser hos unge skal håndteres og behandles. Heller ikke hos Socialstyrelsen har vi kunnet finde overordnede retningslinjer i forhold til unge med dobbelt diagnoser. Som det er nu, er det derfor nødvendigt at sammenstykke flere forskellige anbefalinger og retningslinjer (fx retningslinjer for håndtering af unge med ADHD, retningslinjer for håndtering af voksne med dobbeltdiagnoser, osv.) for at få nogle overordnede rammer for, hvordan tilgangen til børn og unge, der har – eller i er risiko for at udvikle – dobbeltdiagnoser, skal være.

I den internationale litteratur har vi til gengæld fundet et par guidelines, der er interessante, og som begge er udarbejdet på baggrund af reviews af tilgængelig forskning på området. Til sammen giver de to guidelines et nuanceret baggrundstæppe for de videre drøftelser af indgribende indsatser over for unge med dobbeltdiagnoser/ dobbelte belastninger.

Den ene guideline beskriver **kvalitetskriterierne for effektiv behandling af unge med misbrugsproblemer** (Brannigan et al, 2004; her hentet fra Vind & Finke, 2006)<sup>33</sup>, og selv om den alene fokuserer på rusmiddelproblemer, er den alligevel værd at være opmærksom på, også når det gælder unge, der er dobbeltbelastede med både psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Den anden guideline beskriver **ti foreløbige retningslinjer for behandling af unge med dobbelt diagnoser** (Bender et al, 2006)<sup>34</sup>. Der er delvise overlap mellem de to guidelines, men også forskelle, og vi vælger derfor at præsentere begge nedenfor:

Kvalitetskriterier for effektiv behandling af unge med misbrugsproblemer <i>(Brannigan et al, 2004)</i>	Ti foreløbige retningslinjer for behandling af unge med dobbelt diagnoser <i>(Bender et al, 2006 – i vores frie oversættelse)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <i>Udredning og behandlingsmatchning:</i> Først og fremmest er det essentielt, at den enkelte ung bliver grundigt udredt: Hvad er den unges behov? Fx psykiatrisk, psykisk og medicinsk udredning, undersøgelse af den unges ressourcer og udfordringer, af familiens funktionsevner og af andre aspekter af den unges liv.</li> <li>⇒ <i>Omfattende og integreret behandlingstilgang:</i> Behandlingstilbud bør være mange facetteret og rettet mod alle aspekter af den unges liv.</li> <li>⇒ <i>Familieinvolvering i behandlingen:</i> Som udgangspunkt bør familien involveres. Hvis en ung er under 18 år, skal de involveres, og hvis den unge er over 18 år bør det overvejes om familien – eller andre nære pårørende, fx en kæreste – kan inddrages, med respekt for at unge netop i den alder er på vej til at frigøre sig fra forældre og selv blive voksen.</li> <li>⇒ <i>Et udviklingsmæssigt relevant behandlingsprogram:</i> Tilbuddene bør være målrettet de unges alder og særlige behov.</li> <li>⇒ <i>Engagering og fastholdelse af teenagere i behandlingen:</i> Særligt de helt unge, under 15-16 år, fordrer særlige tilbud, der modsvarer deres alder og modenhed.</li> <li>⇒ <i>Kvalificeret personale:</i> Personalet skal være velkvalificeret,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Tilgangen skal være <i>flerstrengt</i> og skal <i>løbende vurderes og monitoreres</i> af både professionelle, forældre og den unge selv, for at sikre at behandlingen matcher den unges aktuelle behov (den unges behov kan løbende ændres i behandlingsforløbet).</li> <li>⇒ Behandlingen skal tilrettelægges, så <i>engagement og fastholdelse øges</i>.</li> <li>⇒ Behandlingsplaner skal være <i>fleksible og give plads til den unges egne valg og stemme</i>.</li> <li>⇒ Tilgangen skal være baseret på en <i>integreret behandling</i>, der tager udgangspunkt i både den mentale sundhed og de stofrelaterede lidelser på én gang.</li> <li>⇒ Behandlingen skal være <i>udviklingsmæssigt og kulturelt sensitiv</i>, så det matcher den unges unikke behov.</li> <li>⇒ Behandlingen skal være baseret på en <i>helhedsorienteret tilgang</i>, og skal <i>inddrage alle vigtige personer</i> omkring den unge, fx familiemedlemmer, venner og lærere m.fl..</li> <li>⇒ Behandlingen skal tage <i>udgangspunkt i den unges funktionsniveau</i> og bidrage til at forbedre den unges evner til at løse problemer, tage beslutninger, regulere affekter, impuls kontrol, kommunikationsfærdigheder og relationer til jævnaldrende og familie.</li> <li>⇒ Behandlingen skal være <i>målstyret, her-og-nu-fokuseret og</i></li> </ul>

<sup>33</sup> Brannigan et al har lavet en systematisk evaluering af kvaliteten af ungebehandlingen i en række af USA's bedste behandlingsorganisationer. Målet var at udvikle en guide, der kunne definere god behandlingskvalitet og dermed hjælpe pårørende og professionelle med at træffe informerede valg om behandling af de unge (Brannigan et al, 2004; her hentet fra Vind & Finke, 2006).

<sup>34</sup> Bender et al har gennemgået en lang række systematiske randomiserede tiltag og interventioner ift. unge med dobbeltdiagnoser, og har på den baggrund udarbejdet en foreløbig guideline. (Bender et al, 2006)

<p>have relevante kompetencer, der supplerer hinanden (flerfagligt).</p> <p>⇒ <i>Køns- og kulturspecifikke kompetencer:</i> Der bør være særlig opmærksomhed på behov hos hhv. piger og drenge, og eventuelle kulturelt betingede behov blandt forskellige minoritetsgrupper (anden etnisk baggrund end dansk, homoseksuelle eller andet)</p> <p>⇒ <i>Kontinuerlig behandling:</i> Der bør være kontinuitet i behandlingsforløb, og behandling bør også omfatte forebyggelse af tilbagefald, stop undervejs, efterbehandling, opfølgning og inddragelse af/viderehenvielse til andre tilbud, der matcher den unges behov.</p> <p>⇒ <i>Dokumentation og evaluering:</i> Endelig bør arbejdet evalueres.</p>	<p>tage <i>udgangspunkt i ressourcer.</i></p> <p>⇒ Behandlingen kræver <i>aktiv deltagelse af alle</i>, der er involveret, og skal omfatte hjemmeopgaver.</p> <p>⇒ Formålet er at give <i>bæredygtige forandringer</i> i løbet af behandlingsforløbet.</p>
--	--

### Screening som redskab til at opdage dobbelte belastninger

En forudsætning for en god behandling er iflg. de to guidelines – og uanset slutmålet – at der er en bred viden om, hvilke problemstillinger, der fylder i hvilket omfang hos den enkelte – samtidig med at de ressourcer, der måtte være hos både den unge selv og de nærmeste omgivelser, skal være grundigt afdækket.

Når voksne kommer ind i misbrugsbehandling, er det efterhånden blevet en tommelfingerregel, at man snarere som udgangspunkt end som undtagelse skal regne med, at der også er psykiske belastninger på spil (Thylstrup et al, 2014). Lidt mere komplekst er det, når det handler om unge, der netop qua deres alder er i en periode af deres liv, der kan være udfordrende på mange områder, også de psykiske. En af de seneste undersøgelser viste, at 1 ud af 3 unge, der kom i misbrugsbehandling havde en psykiatrisk diagnose ved indskrivningen (Termansen et al, 2015), men flere andre undersøgelser dokumenterer, at de unge ofte også har psykiske vanskeligheder at slås med, der ikke nødvendigvis er diagnosticeret (Pedersen, 2015; Pedersen & Frederiksen, 2012; Pedersen et al, 2009; Ravn, 2012; Frederiksen & Ravn, 2014; Vadgaard, 2009).

Netop derfor er det nødvendigt med en grundig afdækning og screening, når en ung henvender sig første gang i et ungebehandlingstilbud. Det skal afdækkes, hvordan – og i hvilket omfang – de psykiske vanskeligheder og misbruget fylder hos den enkelte. Som begge guidelines anbefaler, er det nødvendigt, at denne screening tager udgangspunkt i de aktuelle behov – og er bevidst om, at de aktuelle behov løbende kan ændre sig. Desuden er det en forudsætning, at den unges egen stemme er en væsentlig del af denne afdækning.

Dét vil de færreste ungemisbrugsbehandlingssteder i Danmark næppe være uenig i. Ethvert seriøst behandlingsforløb vil blive indledt med en grundig afdækning af den unges behov, fx gennem én eller flere samtaler, afhængig af det enkelte steds metodiske tilgang. Men det faktum, at den altovervejende del af ungemisbrugsbehandlingen i Danmark er placeret i den sociale sektor og derfor også har en udpræget socialpædagogisk tilgang til misbrugsbehandling, kan betyde, at afdækningen – eller i hvert fald tolkningen af afdækningen – har større fokus på sociale forhold end på egentlige psykiatriske lidelser. Det er ikke nødvendigvis et problem, at der fokuseres mere på andre forhold end på den eventuelle psykiatriske lidelse, hvis den unge alligevel får den nødvendige støtte og kommer godt videre, og en psykiatrisk (og evt. farmakologisk) behandling er ikke nødvendigvis den rette løsning for alle. Men hvis ikke afdækningen foregår på et systematisk og veldokumenteret grundlag, risikerer den efterfølgende behandlingsindsats at ramme forkert, fordi vigtige problemstillinger er blevet overset.

I dag foregår der allerede en vis grad af kortlægning af de unge, der kommer i misbrugsbehandling, jf. gældende lovgivning<sup>35</sup> og ved hjælp af UngMAP, som en stor del af de danske misbrugsbehandlingstilbud deltager i (Pedersen et al, 2015; Pedersen & Frederiksen, 2012). Men hvis det skal lykkes at opspore eventuelle alvorlige psykiske vanskeligheder i kombination med misbrug, er det også nødvendigt, at behandlingsstederne har en bred og tværfaglig tilgang til de unge. Nogle behandlingssteder har fx psykiatere ansat som en del af personalegruppen, og foretager systematiske screeninger for psykiatriske problemstillinger (Interview – misbrugsbehandlingssteder), mens andre blot trækker på psykiatrisk bistand ved mistanke om alvorligere psykiske problemer. Med resultaterne fra et par af de seneste ph.d.-afhandlinger bør det dog overvejes om denne systematiske screening skal udfoldes mere, med særlig fokus på de psykiske lidelser, som særlig ofte ses i tæt sammenhæng med misbrug, fx ADHD og PTSD (Jones, 2014; Donbæk, 2016). Men også angst og depression bør der være særlig opmærksomhed på, fordi meget tyder på at disse lidelser ofte er tilstede samtidig med misbrug (Interview – misbrugsbehandlingssteder samt forsker).

### **Harm reduction ift. dobbeltbelastninger**

Harm reduction har haft – og har til dels stadig – en negativ klang, når det bliver brugt om unges misbrug af rusmidler, fordi nogle opfatter det som en delvis accept af de unges brug af rusmidler, fremfor at stræbe efter total stoffrihed. Helt så sort hvidt kan begrebet, efter vores mening, ikke sættes op, og i praksis arbejder mange ungebehandlingssteder ud fra et mål om, at de unge i det mindste skal reducere deres misbrug, men ikke nødvendigvis blive helt stoffri, i hvert fald ikke lige med det samme. Netop derfor kan det uhyre vigtigt, at der er en bevidst tilgang til begrebet.

Specielt når målgruppen er unge med alvorlige psykiske vanskeligheder, kan det være nødvendigt at arbejde på at reducere skaderne omkring misbruget, i takt med at der også bliver arbejdet med andre forhold i den unges liv, snarere end at reducere selve misbruget.

Begrebet harm reduction benyttes også ofte om alvorlige psykiske forstyrrelser, som fx personlighedsforstyrrelser, fordi disse psykiske forstyrrelser ikke nødvendigvis kan behandles medicinsk/terapeutisk, så de forsvinder fra den ene dag til den anden. Tvært imod kan det være nødvendigt med en langvarig behandling, hvorfor det giver god mening i første omgang at arbejde for at reducere/minimere de værste skader som følge af de psykiske problemer, fx ved at den unge over tid lærer at håndtere fx de stemmer, der taler til den unge om natten.

### **Ambulant behandling**

Langt de fleste ungebehandlingstilbud i Danmark er ambulante, og bygger på metodiske grundlag, der tager udgangspunkt i den enkelte ung og dennes situation. Præcis hvordan behandlingen tilrettelægges, og hvad der fokuseres på i behandlingen, afhænger af, hvilket metodisk grundlag behandlingsstedet arbejder ud fra. Nogle arbejder fx ud fra en multisystemtisk tilgang, andre ud fra en narrativ og/eller løsningsorienteret tilgang (Termansen et al, 2015). Det vil føre for vidt her at gå i dybden med alle, men vi vil alligevel trække nogle eksempler frem på tilgange, som synes særligt interessante set ift. unge, der er dobbelt belastede:

#### ⇒ *Rådgivnings- og motivationsforløb*

En stor del af de unge, der har udviklet eller er på vej til at udvikle et problematisk brug af rusmidler, vil ikke nødvendigvis selv se rusmidlerne som problemet. Måske endda snarere som

---

<sup>35</sup> Gennem de sidste årtier er der gradvist kommet mere og mere fokus på systematisk kortlægning af stofmisbrug. Se [www.stofmisbrugsdatabasen.dk](http://www.stofmisbrugsdatabasen.dk) for uddybning. Det er lovpligtigt, at alle, der visiteres til misbrugsbehandling efter SEL §101 eller §142, bliver registreret i Stofmisbrugsdatabasen. Dog er unge stofmisbrugere i stoffri behandling efter andre foranstaltninger end §101 ikke omfattet. I DanRIS (tilbudsdelen) registreres kun stofmisbrugere over 18 år ved indskrivningen. Unge under 18 år er ikke omfattet af ydelsesmonitoreringen eller af den lovpligtige EuroASI-registrering.

løsningen. Det gælder formentlig i udpræget grad unge, der også har alvorlige psykiske lidelser, netop fordi rusmidlerne måske kan være med til at dulme de psykiske lidelser (dæmpe angst, hjælpe med at få sovet, give ro på ADHD'en osv.). Netop derfor er det vigtigt, at et behandlingstilbud til en ung, der er dobbelt belastede, giver tid og mulighed for, at den unge gradvist og måske i små trin kan få mod på og blive motiveret for behandling<sup>36</sup> – og at behandlingen i denne periode tilpasses til den enkelte unges behov, herunder også får afdækket eventuelle psykiske lidelser, som kan være nødvendige at behandle sideløbende (Se fx *Åben Anonym Rådgivning i U-turn, Københavns Kommune Hansen, 2015; Ungdomscentret i Aarhus Kommune, Bækbøl, 2015*).

⇒ *Individuelle samtaleforløb*

Langt de fleste behandlingstilbud til unge misbrugere er baseret på samtaleforløb<sup>37</sup>, hvoraf mange også inddrager nærmeste familie (forældre, kæreste og andre nære pårørende) i samtaler undervejs. Det vil også gælde for unge, der er dobbeltbelastede (Se fx *Stofrådgivningen, Ravn, 2012; Åben Anonym Rådgivning i U-turn, Københavns Kommune Hansen, 2015; Ungdomscentret i Aarhus Kommune, Bækbøl, 2015*). Men nogle af de unge kan have svært ved at indgå i stillesiddende samtaler. Her benytter mange behandlingssteder derfor også andre tilgange som supplement (og nogle gange som alternativ) til samtaleforløb, som fx sport, musik og kunst, som kan bruges som fælles tredje mellem den unge og behandleren (Termansen et al, 2015; Bacher et al, 2014; Hansen, 2015). Netop unge, der også er udfordret af en meget udadreagerende adfærd (ADHD og lign.), eller som kan have svært ved at indgå i tætte relationer til andre (fx pga. angst, social fobi, depression og lign.), kan have stor gavn af andre tilgange, end blot individuelle samtaleforløb.

⇒ *Gruppeforløb med flere unge*

Flere og flere behandlingssteder supplerer de individuelle samtaleforløb med gruppeforløb, hvor de unge også kan indgå i grupper på tværs af ungegruppen. Gruppeforløb har den væsentlige fordel, at de unge her kan spejle sig selv og egne problemer i en større, men alligevel tryk gruppesammenhæng (Hansen, 2011) med andre unge. Flere behandlingstilbud har udviklet gruppertilbud, hvor udgangspunktet netop er nogle af de psykiske lidelser, som nogle af de unge har, fx Angst-gruppe, ACT-gruppe (mhp. at få redskaber til at ændre uhensigtsmæssig adfærd), ADHD-gruppe m.m. (KABS-Stjernevang, [www.kabs.dk/behandlingssteder/stjernevang/](http://www.kabs.dk/behandlingssteder/stjernevang/))

⇒ *Forældregrupper*

Endelig arbejder flere og flere behandlingssteder også med særlige tilbud til forældrene til de unge i behandling, fx ved afholdelse af særlige forældregrupper, hvor forældrene lærer mere om misbrug, unge og deres egen rolle (Hansen & Møller, 2015). Så vidt vi ved, bruges forældregrupper ikke målrettet i arbejdet med unge med dobbelte belastninger, men umiddelbart kunne det måske være en idé at afprøve netop sådan en forældregruppe, da forældre til unge, der er dobbelt belastede, formentlig også vil opleve dobbelte belastninger i deres forælderrolle.

## Døgnbehandling

Kun en mindre del af de unge, der kommer i misbrugsbehandling, kommer i døgnmisbrugsbehandling<sup>38</sup>. Vi ved dog fra en række undersøgelser, at en stor del af de unge, der er døgnanbragte også har et misbrug

<sup>36</sup> Fx med udgangspunkt i MI, motiverende interview.

<sup>37</sup> Fx Kognitiv terapi, narrativ tilgang, multisystemisk tilgang, løsningsfokuseret tilgang

<sup>38</sup> Det har ikke været muligt at finde et eksakt tal for præcis hvor mange unge, der kommer i misbrugsdøgnbehandling, men umiddelbart vurderes det højst at være et par procent af de ca. 5.264 unge under 25 år, der i 2013 var i misbrugsbehandling.

(Ankestyrelsen, 2015), og at deres misbrug forsøges behandlet i dette regi (Jensen & Hansen, 2008; Jensen & Hansen, 2011).

De unge, der kommer i døgnmisbrugsbehandling, er typisk enten meget unge, eller meget dårlige, fx selvdestruktive. Især unge, der er alvorligt psykisk syge samtidig med, at de har et alvorligt misbrug, kan have behov for en døgnbehandling i et åbent eller delvist lukket regi<sup>39</sup>.

Endelig kommer nogle unge for en kortere periode i et afgiftningsforløb, fx for at give ro for en kort periode, inden der kan arbejdes videre i den ambulante behandling.

Umiddelbart har det ikke været muligt at finde litteratur, der har kunnet dokumentere effekten af disse døgnmisbrugsbehandlingstilbud. Her vil vi derfor bare nøjes med at konstatere, at nogle unge kan være så dårlige, at de ikke kan rummes i almindelige ambulante tilbud, at det kan være nødvendigt at operere med døgnbehandling for en kortere eller længere periode.

### Behov og indsatser

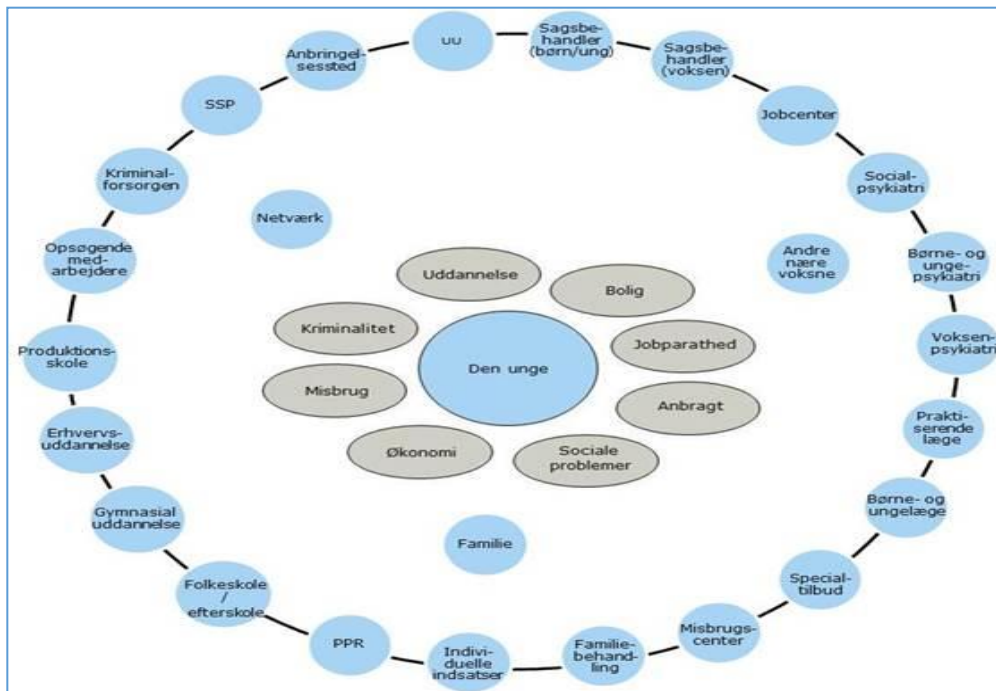
På baggrund af ovenstående gennemgang af eksempler på indsatser på de forskellige forebyggelsesniveauer er det vores vurdering, at der er brug for større sammenhæng og metodeudvikling på området generelt. Der findes mange forskellige tilgange og vægtninger af indsatser, men ikke én samlet retning med særlig fokus på børn og unge, der er i risiko for at udvikle dobbelte belastninger, eller som allerede er blevet dobbeltdiagnosticeret. Der skal heller ikke nødvendigvis kun være én retning, tvært imod kan der være behov for flere forskellige retninger, netop for at møde de unges konkrete behov. Men der er brug for tilgange, der tager den eksisterende viden om målgruppen og metoder med ind i en samlet indsats, hvad enten det foregår på det opbyggende, det foregribende eller det indgribende niveau. På alle tre niveauer er der brug for en afklaring af hvem, der har ansvaret for hvad.

---

<sup>39</sup> Et eksempel på et delvist lukket tilbud til unge med både rusmiddelproblemer og alvorlige psykiske lidelser er Specialinstitutionen Skodsborg, målrettet udadreagerende piger under 18 år, <https://csp.kk.dk/>. Tilbuddet er dog endnu ikke grundigt dokumenteret.

## 5. Organisering og samarbejde – under og over 18 år

Unge med psykiske vanskeligheder/sårbarheder i kombination med misbrug af rusmidler er ofte i fokus i forhold til en lang række af kommunale indsatser. De vil dermed ofte være i forbindelse med mange indsatser, som det er nødvendigt at koordinere, så det sikres, at alle disse indsatser trække i samme retning i forhold til den unge. De indsatser, der kan være i spil, fremgår af nedenstående figur:



Figur 3

Det er klart, at ikke alle indsatser er i spil på samme tid, men der vil ofte være ganske mange, der er i kontakt med de unge.

Figuren anskueliggør også, at der er nogle indsatser, der er relevante for unge under 18 år, mens det er andre indsatser, der er i spil, når den unge bliver myndig som 18-årig. Den unge går fra en lovgivning om støtte til børn og unge (*bestemmelserne om støtte til børn og unge i Serviceloven*) til en lovgivning om støtte til voksne (*bestemmelserne i Lov om Aktiv Socialpolitik og Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats*).

Der er en behandlingsgaranti for stofmisbrug i Servicelovens §101 stk. 1 (voksne/unge over 18 år) og §101 stk. 3 (unge under 18 år). Er den unge under 18 år skal forældremyndighedsindehaveren være enig i behandlingen. Behandlingsgarantien for de under 18-årige varetages på meget forskellig måde fra kommune til kommune. Nogle steder ligger sagsbehandlingen og behandlingstilbuddet i skole-/kulturforvaltningen, nogle steder i unge/SSP-forvaltning, nogle steder i social og arbejdsmarkedsforvaltningen og de fleste steder i social- og sundhedsforvaltningen (*Vind & Pedersen, 2010*). Nogle kommuner har etableret deres egne behandlingstilbud, mens andre kommuner vælger at købe pladser i andre kommuners behandlingstilbud (*Vind & Pedersen, 2010*). Behandlingsgarantien for unge under 18 træder i kraft, når misbruget har udviklet sig på en måde, så den unge har svært ved at modtage den almindelige støtte efter reglerne i servicelovens kapitel 11, før der er sat en behandling i gang i forhold til misbrugsproblemet. Det



er her værd at være opmærksom på, at der på en række socialpædagogiske opholdssteder og døgninstitutioner for børn og unge er anbragt børn og unge, der både har psykiatriske diagnoser og også et relativt stort forbrug af rusmidler (typisk hash). Disse børn og unge er anbragt i henhold til Servicelovens kap. 11, og indgår altså typisk ikke i misbrugsbehandling på misbrugsbehandlingsstederne for unge under 18 år.

I forhold til Regionernes børne- og ungdomspsykiatri er målgruppen til (omkring) det 18. år, hvorefter det er de voksenpsykiatriske afdelinger, der tager over. Distrikts-/socialpsykiatrien er et tilbud til voksne borgere – altså borgere over 18 år.

Behandlingsindsatsen i forhold til voksne med dobbeltbelastning har historisk ført en noget omtumlet tilværelse, hvilket også skal ses i lyset af, at det først var i 1960'erne stofmisbrug blev et tema. Tidligere var det primært psykiatrien, der havde været behandlingsindsats for overforbrug af medicin. Med opblomstringen af de mange forskellige stoffer i 60'erne og 70'erne blev der gennem 70'erne og 80'erne opbygget et stofmisbrugsbehandlingssystem, der alt overvejende byggede på socialpædagogisk behandling. For de helt unge under 18 år var behandlingsindsatserne placeret i de amtskommunale ungdomscentre. I 1996 blev stofmisbrugsbehandlingen samlet under amterne. Ved strukturreformen i 2007 blev stofmisbrugsbehandlingen overtaget af kommunerne for så vidt angår de borgere, der ikke er/var indlagt i regionernes psykiatriske afdelinger. Med strukturreformen fik kommunerne behandlingsansvaret for den gruppe af dobbeltbelastede borgere, der ikke var indlagt på psykiatriske afdelinger under Regionerne (Pedersen, 2014).

### Vanskeligheder i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

En lang række fagpersoner på området har peget på, at indsatserne i forhold til mennesker med dobbelt belastning bør samarbejde med en bred vifte af aktører fra både sundheds- og socialektoren for at give brugeren den bedste behandling. Men der er tegn på, at den nuværende indsats på området ikke altid er hensigtsmæssigt organiseret, ligesom koordinationen mellem de forskellige aktører og sektorer ikke nødvendigvis fungerer godt (Christensen et al, 2009; Rambøll, 2015).

Når der arbejdes med unge, der har vanskeligheder, som hver for sig behandles i hvert sit system (regionens psykiatriske system og kommunernes børn/unge- og voksen-myndighedsafsnit og misbrugsbehandlingssystem), betyder det mange skift i behandlere, i behandlingsindsatser, i holdningerne til de unges problemstillinger og i hvilket fokus, der skal lægges på problemstillingerne. Når det så samtidig kombineres med, at den unge går fra at være barn/ung i lovgivningens forstand til at være voksen, betyder det yderligere skift af indsats og behandling indenfor de kommunale systemer og indenfor unge- og voksenpsykiatri. Dermed er der rige muligheder for, at det bliver vanskeligt at etablere et frugtbart samarbejde på tværs af indsatser og myndigheder. Disse vanskeligheder er både beskrevet i indenlandsk litteratur (Hagensen et al, 2010; Pedersen, 2014; Buch et al, 2015) og i udenlandsk litteratur (fx Smith, 2013).

Udover i litteraturen har de interviews, der er blevet gennemført i forbindelse med erfaringsopsamlingen, vist en stærk bevidsthed hos de fagprofessionelle om, at det vanskelige tværfaglige og tværsektorielle samarbejde kan modvirke en kvalificering og koordinering af indsatserne til skade for behandlingen. Således siger en interviewperson om det kommunale myndighedsarbejde: *"Noget af det mest frustrerende er, at de kun handler ud fra deres eget perspektiv – hvordan kan det være, at den ene siger, at nu stopper vi det, uden at de har talt med den anden?"* (Interview – misbrugsbehandlingssted, 2016). Men der er også sager, hvor det tværfaglige/sektorielle samarbejde fungerer bedre: *"Der sker altså noget, når de laver de her tværsektorielle handleplaner – men det er sjældent, at de gør det"*. Interviewpersonerne taler sig undervejs

i interviewet frem til, at "måske mangler der bare en struktur for samarbejdet" (Interview – misbrugsbehandlingssted, 2016).

Andre danske og udenlandske erfaringer viser, at brugen af case manager styrker samarbejdet til fordel for den unge. Traditionelt ligger den koordinerende funktion, som case manageren har, hos den kommunale myndighedsrådgiver, men flere interviewpersoner peger på, at det oftest er behandlingsindsatserne selv, der skal koordinere, hvis der skal koordineres.

I flere andre interviews har det været gennemgående, at det er svært at etablere et samarbejde mellem regionernes psykiatriske indsatser og kommuner/misbrugsbehandlingsinstitutioner. Disse vanskeligheder kan der findes flere årsagsforklaringer på:

- Meget forskellig opfattelse af hvilke behandlingsindsatser, der er relevante, og hvor tro behandlerne skal være mod metoden ved anvendelse af evidensbaserede metoder (Buch et al, 2015)
- Ressourceknaphed i sektorerne (Interview – misbrugsbehandlingssted, 2016)
- En opfattelse hos nogle psykiatere og psykiatriske afdelinger om, at man ikke kan behandle misbrugere for en psykiatrisk lidelse (Interview – forsker, 2016)
- Forskellige syn på den unges vanskeligheder, og hvilke krav man kan stille til dem (Interview – misbrugsbehandlingssted, 2016)<sup>40</sup>
- Manglende 'overskud' til at se på egne og lære af andres holdninger (Rambøll, 2015)<sup>41</sup>
- Konkurrence om 'kunderne'<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Interviewpersonerne sagde: "Åh ja, jobcentre kan være rigtig svære, fordi de stiller nogle krav til de unge, som de overhovedet ikke kan honorere (...) og samarbejdet med Kriminalforsorgen kan være problematisk, fordi de stiller krav om, at de unge møder op til den pålagte misbrugsbehandling, og vi har ikke de samme krav (...) psykiatrien kan være rigtig svær, når vi har nogle unge, der bliver indlagt, og vi har en eller anden dagsorden, men de har en helt anden dagsorden, og vi kender de unge rigtig godt, og så tænker man 'hvad helvede, nu blev han endelig indlagt, og hvad så'? Interviewer: "Og I har jo psykiatere ansat, så I skulle vel kunne tale sammen". Interviewperson, der er psykiater: "Ja, ja, det prøver vi jo også, men det er jo ikke os, der bestemmer på den enkelte afdeling". Interviewperson der er socialrådgiver: "De sidder på deres egne domæner, og siger vi ved bedst, ikk?"

<sup>41</sup> I et konkret projekt blev der arbejdet med at udvikle samarbejdet, og noget af det, der gav vanskeligheder var: "Etablering af et fælles sprog og tilgange kræver en holdningsændring i socialpsykiatrien, misbrugscentret og behandlingspsykiatrien, hvor forskellige fagligheder, tilgange, metoder og relevansen af samarbejde om unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug anerkendes, udforskes og udvikles. Denne manglende omsætning af ny viden i samarbejdet mellem aktørerne har udfordret projektkommunerne i at skabe en mere kvalificeret og koordineret indsats til de unge." (Rambøll, 2015)

<sup>42</sup> KORA udgav i 2015 en evalueringsrapport af et projekt, hvor der skulle etableres et tværfagligt/tværasektorielt samarbejde mellem en række aktører på misbrugsområdet i Københavns amt, hvor både kommunernes myndighedsafsnit og leverandører (psykiatrisk afdeling, KABS og Blå Kors) deltog (Buch et al, 2015). Hovedkonklusionen var: "Både PC Glostrup og de forskellige misbrugsbehandlingsinstitutioner oplevede allerede forud for DD-projektet at have viden og kompetence til at behandle mennesker med en dobbeltdiagnose. PC Glostrup har viden om både psykisk sygdom og misbrug, og behandlingsmetoderne er målrettet samtidig behandling af begge dele. KABS og Blå Kors, som i udgangspunktet er misbrugsbehandlingsinstitutioner, har gennem de senere år fået tilknyttet psykiatere og har haft personale på efteruddannelse inden for psykiatri og dobbeltdiagnose, og de vurderer derfor selv, at de også har kompetence til at løfte behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, og de havde i udgangspunktet egne DD-behandlingsforløb. Det betyder, at det reelle udgangspunkt for DD-projektet ikke har været et samarbejde mellem to parter, der hver mangler det, den anden besidder, men snarere en konkurrencesituation. Dette er også afspejlet i dialogen omkring DD-projektet, som i et vist omfang er endt med at handle om, hvis dobbeltdiagnose-behandling der er den bedste".

## Succeser i det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde

Den meste litteratur, de fleste evalueringer og de fleste interviewpersoner peger på, at det er særdeles vanskeligt at etablere samarbejder på tværs af sektorer og fagligheder. Imidlertid er der steder, hvor det i hverdagen og i projektforsøg er lykkedes at etablere frugtbare samarbejder – enten med alle aktører i den unges liv eller med dele af det professionelle netværk. Således taler en af interviewpersonerne (*Interview – misbrugsbehandlingssted, 2016*) om et frugtbart samarbejde med de kommunale aktører for unge under 18 år (myndighed og skole), hvor det er behandlingsindsatsen, der har påtaget sig den koordinerende funktion.

Samtidig beskriver interviewpersonen et problematisk samarbejde for samme målgruppe i forhold til Regionens ungdomspsykiatriske afdeling. Der var i forbindelse med en projektperiode for knapt 10 år siden etableret et godt samarbejde mellem de kommunale og regionale aktører, men efter den ledende overlæge på afdelingen stoppede, har det ikke været muligt at fastholde den gode samarbejdsrelation.

En anden interviewperson beskriver, at han (*Interview – hjemløsetilbud, 2016*): *”Møder en masse dygtige mennesker fra alle sektorer, men de rammer, de arbejder i, er besværlige (...), og når alle disse indsats skal bindes sammen med deres forskellige planer for den unge, så bliver det svært – ja, det er faktisk sjældent set. Det kræver en enorm koordinering, og det er sjældent, det kan lade sig gøre, synes jeg”*. Samme interviewperson fremhæver, at hans målgruppe (hjemløse unge) som oftest er meget lidt orienteret mod hverdagsstrukturer og tidspunkter, hvilket betyder, at de etablerede systemer passer ret dårligt til deres livsform. Hvis 'man' som system skal arbejde med disse unge, fremhæver interviewpersonen, at det er nødvendigt at være meget opsøgende, og det er der ikke mange systemer, der er på alle tidspunkter af døgnet.

## Behandlingstilbuddenes kompetencer

Der er et klart forskningsmæssigt belæg for, at den enkelte behandlingsindsats i forhold til dobbeltbelastede unge skal rumme kompetencer, der sideløbende kan behandle den unges psykiske vanskeligheder og den unges vanskeligheder i forhold til misbrug – eller hvad der kaldes en integreret behandling<sup>43</sup> (*Hagensen et al, 2010; Buch et al, 2014; Pedersen, 2014*). Den integrerede behandling har den fordel, at den forebygger organisatoriske og administrative fejlvurderinger, ligesom koordineringsbehovet mellem forskellige aktører reduceres (*Hagensen et al, 2010*). Forskningen, der peger på de integrerede indsats som foretrukne, er primært internationale, og det er ikke alle danske psykiatere og behandlingssteder, der anerkender dette forskningsmæssige standpunkt, og derfor foretrækker en parallel eller sekventiel behandling af mennesker med dobbeltbelastninger. En af vanskeligheder med denne tilgang er – udover der er forskningsmæssigt belæg for at sige, at det ikke fremmer behandlingen – at den understøtter situationer, hvor unge, der har alvorligt brug for hjælp, sendes videre til andre behandlingsmuligheder. Denne afvisning kan føre til, at den unge opgiver, og ikke får den nødvendige hjælp. I forbindelse med dette anbefaler flere kilder, at der i forhold til unge med dobbeltbelastning arbejdes ud fra princippet om 'no wrong door' (*Grimes, 2008*), der betyder, at uanset hvor den unge henvender sig (misbrugsbehandling eller psykiatrien), skal den unge have ret til behandling for dobbeltbelastningen på henvendelsesstedet. Det vil betyde, at psykiatrien ikke kan afvise unge med begrundelsen, at den unge ikke kan behandles, fordi han/hun anvender rusmidler, og i forhold til misbrugsbehandlingen kan de ikke afvise den unge, fordi den unge har psykiatriske problemstillinger.

<sup>43</sup> Der skelnes mellem integreret behandling, parallel behandling og sekventiel behandling. Med integreret menes, at behandling og misbrug behandles under samme tag og sideløbende. Med parallel behandling menes at den psykiske lidelse behandles i psykiatrien, men misbruget f.eks. behandles i misbrugsbehandlingscentret, og med sekventiel behandling menes, at misbrug og psykisk lidelse som i parallel behandling behandles hver for sig, men samtidig at den ene af lidelserne behandles før den anden (*Pedersen, 2014*).

## Håndtering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

Et amerikansk review fra 2012, der inkluderer 24 andre reviews og 43 randomiserede eksperimenter konkluderer (Kelly, 2012, her hentet fra Pedersen, 2014), at:

- Dobbeltbelastede har brug for langvarig intensiv integreret behandling
- Motiverende samtaler er effektive i etableringen af en terapeutisk alliance
- Strukturerede terapeutiske programmer, som integrerer intensiv ambulant behandling, case management og adfærdsterapier (...) er de mest effektive til behandlingen af svært dobbeltbelastede personer
- Effektive behandlinger inkluderer evidensbaserede psykoterapier
- Fleksibilitet i planlægningen af behandlingen

Der peges i dette review på en integreret behandlingsindsats og case management<sup>44</sup> som virkningsfulde elementer i løsningen af tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Anvendelse af case manager peges der på af flere forfattere, som en måde at arbejde tværfagligt på (fx Hagensen, 2010).

Ser vi på den danske forskning på det social- og sundhedsområdet om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde genfinder vi i litteraturen den integrerede behandlingsindsats og case management som måder, hvorpå der kan arbejdes med problemstillinger med mange aktører involveret. Men der efterlyses også større viden om det samarbejde, der finder sted mellem regionernes behandlingstilbud og de kommunale behandlingstilbud, og der efterlyses en præcisering af, hvad det præcist er, der skal være indholdet og ansvaret for den koordinerende funktion, der ligger i at være case manager (Hagensen, 2010).

En præcisering af ansvar og indhold kan sætte fokus på udvikling af egentlige samarbejdsmodeller, hvor alle hovedaktører er repræsenteret. Der er indenfor behandling af mennesker med dobbeltbelastning imidlertid mindre fokus på faste samarbejdsfora (om end Christensen peger på en formalisering af samarbejdet som en mulighed (Christensen et al, 2009)), som Ejrnæs (Ejrnæs, 2006) anbefalede som en af metoderne til at overkomme nogle af de vanskeligheder, det rummer, når der skal findes fælles løsninger på problemstillinger med mange aktører.

På efterværnsområdet<sup>45</sup> er en sådan model udviklet i et samarbejde mellem Socialstyrelsen, Rambøll og 4 kommuner (Socialstyrelsen, 2013). Modellen tager udgangspunkt i, at der etableres et samarbejde med jævnlig møde omkring den unge, hvor målet for samarbejdet er, at sørge for at den unge får uddannelse og arbejde. Deltagerne i disse møder er, så længe den unge er under 18 år, sagsbehandler fra børne- og ungeforvaltningen, UU-vejleder, den unge selv, den unges kontaktperson (hvis en sådan findes), den unges forældre, den unges anbringelsessted. Derudover kan der være andre centrale aktører, der inddrages i dette samarbejde, ligesom der kan være personer, der inddrages ad hoc.

---

<sup>44</sup> En case manager er en professionel, der tilknyttes den enkelte borger. Case managerens hovedopgave er at skabe overblik og sammenhæng i den enkelte borgers samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats. Case Managerens rolle er konkret, at holde løbende kontakt med borgeren og støtte borgeren i dennes kontakt til øvrige støtte- og behandlingstilbud. Der er tale om en individuelt tilpasset indsats for borgere, som ofte har svært ved at navigere i det komplekse system som den offentlige forvaltning ofte er (Rambøll, <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/individual%20case%20management>).

<sup>45</sup> Efterværn er den støtte der gives til unge efter Servicelovens §76, der indtil deres 18. år har haft en kontaktperson eller har været døgnanbragte. Målet er at give den unge en glidende overgang til voksenlivet efter det 18. år, og selve denne overgang arbejdes der med fra den unges 16. år. [http://socialstyrelsen.dk/filer/unge/eftervaern/metodehandbog\\_vejen\\_til\\_uddannelse\\_og\\_beskaeftigelse-pdf.pdf](http://socialstyrelsen.dk/filer/unge/eftervaern/metodehandbog_vejen_til_uddannelse_og_beskaeftigelse-pdf.pdf)

Når den unge nærmer sig det 18. år, hvor han/hun bliver myndig, sker der en gradvis overdragelse af ansvaret for f.eks. myndighedsområdet til en voksensagsbehandler i kommunen og fra anbringelsessted til efterværnstilbud. Og hvis der deltager en fra ungdomspsykiatrien, skal dennes ansvar gradvis overdrages til en person fra voksenpsykiatrien. Den gradvise overdragelse sker oftest ved, at personerne, der skal afgive og modtage ansvar, kører parløb i en periode på f.eks. 3-6 måneder alt efter sagens karakter. Ambitionen er, at der arbejdes med de udfordringer den unge har i en proces uden afbrydelser, og at den unge oplever kontinuitet i indsatsene.

Det komplekse samarbejde på efterværnsområdet minder på mange måder samarbejdet omkring unge med dobbeltbelastning, fordi der er mange aktører (professionelle og private) involveret i opgaveløsningen, og fordi efterværnsområdet også går hen over myndighedsalderen, hvor mange af de professionelle aktører skifter. Samarbejdsmodellen fra efterværnsområdet kan ikke umiddelbart overføres til området for dobbeltbelastede, fordi nogle af de centrale aktører (behandlere) er forskellige fra efterværnsområdet.

### Det svære, men ikke umulige samarbejde

Stort set alle, der skriver om det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i forhold til personer/unge med dobbeltbelastning, beskriver det som vanskeligt. Der er rigtigt mange mulige samarbejdspartnere, der både fagligt og organisatorisk er placeret forskellige steder i de offentlige systemer. Vanskelighederne har flere årsager, der både handler om økonomi, konkurrence, forskellig behandlingskultur og -strategi, personligt engagement, vurdering af forskningsmæssigt belæg osv. Og med Ejrnæs forskning i baghovedet, handler det også om forskelle i viden, personlige erfaringer og individuelle og kulturelt bårne forforståelser, når det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er vanskeligt (Ejrnæs, 2006).

Det er beskrevet, at der er forskningsmæssigt belæg for, at den intensive integrerede behandlingsindsatser har den bedste effekt i forhold til mennesker med dobbeltbelastning. Det betyder, at der i selve behandlingsindsatsen skal være de kompetencer til steder, der er nødvendige for at arbejde sideløbende med den psykiatriske problemstilling og med misbruget. En sådan model er opstillet i behandlingsmodellen IDDT<sup>46</sup>. Det fremgår af modelbeskrivelsen, at behandlingskompetencerne er til stede i indsatsen, og at der samtidig er en case manager knyttet til indsatsen som koordinatorer. Et internt etableret tværfagligt team kan medvirke til, at teamets interne diskurs om viden, personlige erfaringer, forforståelser, konkurrence, økonomi, forskelle i behandlingsstruktur og -strategi og vurdering af forskningsmæssigt belæg (efter noget tid) bliver langt mindre konflikt- og modsætningsfyldt, hvilket giver behandlerteamet mulighed for at fokusere på opgaven.

Man kan således se behandlerteamet som hovedaktører i den dobbeltbelastede persons liv, og så er det enten op til case manager eller en fast samarbejdsmodel at få de andre aktører til at interagere i forhold til de mål, der er for behandlingen.

Men langt fra alle i behandlingssektoren er enig i, at den integrerede behandlingsmodel er den model, der giver bedst behandlingseffekt. Denne manglende enighed fik en af interviewpersonerne til at efterlyse en randomiseret dansk undersøgelse af, hvad der virker bedst ift. unge med dobbeltdiagnoser – altså om det

---

<sup>46</sup> En af de integrerede indsatser er Integrated Dual Diagnosis Disorders Treatment (Hagensen et al, 2010).

Behandlingsmodellen (IDDT) har et helhedsorienteret sigte og består af: 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.

er en sekventiel tilgang, en parallel tilgang eller en integreret tilgang. En sådan undersøgelse ville 'en gang for alle' kunne skabe et fælles udgangspunkt for indholdet af behandlingsindsatserne for unge med dobbeltbelastninger, og det vil give et fælles udgangspunkt for, hvad der er case managerens opgave i koordinationen, eller hvad der skal indtænkes af opgaver og løsninger i en fast samarbejdsmodel. Med det udgangspunkt, der er i dag, hvor det er op til hver enkelt behandlingsindsats at vurdere hvilken af de tre grundformer, de 'bekender' sig til, vil case managerens opgave være flydende i forhold til den valgte grundform, ligesom en fast samarbejdsmodel vil være afhængig af grundformen.

## Litteraturliste

Ankestyrelsen (2015): *Anbringelsesstatistik – Årsstatistik 2014*. Ankestyrelsen.

Bacher, Dirch & Carina Abel Gjaldbæk & Johanne Møller & Louise Yoo Saugman Petersen (2014): *Samtaler med unge om rusmidler*. Center for Unge og Misbrug, U-turn, Københavns Kommune.

Bender, Kimberly & Davis W. Springer & Johnny S. Kim (2006): *Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A Systematic Review*. Brief Treatment and Crisis Intervention, Volume6/Number3.

Benjaminsen, Lars (2016): *Homelessness in a Scandinavian welfare state – the risk of shelter use in the Danish adult population*. SFI – Det Nationale Forskningscenter For Velfærd.

Benjaminsen, Lars & Heidi Hesselberg Lauritzen (2015): *Hjemløshed i Danmark 2015*. SFI – Det Nationale Forskningscenter For Velfærd.

Brannigan et al (2004): *The Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment programs – Results of an In-depth National Survey*. Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine, vol. 158, sep:904-909.

Brasch, Birgitte Bækgaard, Ivan Christensen, Jesper Henriksen, Louise Boye Larsen, Anne Sørensen, Christoffer Zeuthen (2011): *Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*. Socialt Udviklingscenter, SUS.

Buch, Martin Sandberg, Pernille Thygesen og Katrine Schepelern Johansen (2015): *Tværsæktorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*. KORA.

Bækbøl, Marianne (red)(2015): *U18-modellen for misbrugsbehandling*. Ungdomscentret, Aarhus Kommune.

Christensen, Ivan & Pauline Hagensen (2009): *Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsætter for mennesker med dobbeltdiagnoser*. Socialt Udviklingscenter, SUS.

Dahl, Helle Vibeke & Vibeke Asmussen Frank (2010): *Selvmedicinering i det skjulte*. STOF, nr.16, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Donbæk, Dagmar Feddern & Michael Muldbjerg Pedersen (2016): *Traumatiske oplevelser, posttraumatisk stressforstyrrelse og stofmisbrug*. Kap. 10 i: Pedersen, Mads Uffe og Signe Ravn (red.)(2016): *Unge liv – tilhør og udfordringer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Donbæk, Dagmar Feddern (2016): *The interrelationship between posttraumatic stress disorder symptomatology and problematic substance use in Danish adolescents*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Ege, Peter (2004): *Stofmisbrug og afhængighed hos unge og voksne*. Hans Reitzels Forlag.

Ejrnæs, Morten (2006): *Faglighed og tværfaglighed*. Akademisk Forlag.

EMCDDA (2009): *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents – a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic Papers, EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ESPAD (2015): *ESPAD – Report 2015*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Frederiksen, Kirsten & Signe Ravn (2014): *Kvantitativ devaluering af Stofrådgivningen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

- Fulgsang, Thomas (ans.red.)(2016): *KABS Årsmagasin 2016 – tema om psykiatri og rusmidler*. KABS.
- Grimes, Kathryn (2008): *Dual Diagnosis and Dual Roles: Alcohol and Other Drugs and Mental Health Services Working Together for Better Outcomes for Young People*. InPsych, Australien.
- Hagensen, Pauline & Jesper Henriksen & Ivan Christensen (2010): *Mennesker med dobbeltdiagnoser kræver ikke dobbelt indsats*. Socialt Udviklingscenter SUS.
- Hansen, Lisbeth og Karen Zobbe (2006): *Fokus på anvendelsen af de sikrede afdelinger*. Teori og metodecentret.
- Hansen, Susanne Pihl (red)(2015): *Anonym Rådgivning til Unge med Rusmiddelproblemer*. Center for Unge og Misbrug, U-turn, Københavns Kommune.
- Hansen, Susanne Pihl & Johanne Møller (red)(2015): *Forældregrupper – inddragelse af forældre, når unge udfordres af rusmidler*. Center for Unge og Misbrug, U-turn, Københavns Kommune.
- Hansen, Susanne Pihl (2011): *Hashgrupper på ungdomsuddannelser – inspirations- og metodehæfte*. Center for Unge og Misbrug, U-turn, Københavns Kommune.
- Henriksen, Klaus Goldschmidt & Susanne Pihl Hansen & Lene Byriel & Jon S. Frederiksen (2016): *Unge i Partnerskaber – veje ud i virkeligheden*. SPUK.
- Hertz, Søren (2010): *Børne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheder*. Akademisk Forlag.
- Houlberg, Charlotte Silas & Camilla Urhammer-Weltz (2015): *Fravær og nærvær i behandling af unge med dobbeltdiagnose*. STOF, nr. 25, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Houlberg, Charlotte Silas (2012): *Eksistentiel psykoterapi og diagnoser*. STOF nr. 18. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Jensen, Peter & Susanne Pihl Hansen (red) (2011): *Døgnanbragte unge bruger også rusmidler*. SPUK og PIHL INKLUSIVE.
- Jensen, Peter & Susanne Pihl Hansen (2008): *Døgnanbragte unge og rusmidler – håndbog for døgnmedarbejdere*. SPUK og PIHL INKLUSIVE.
- Johansen, Katrine Schepelern (2009): *Dobbelt diagnose – Dobbelt behandling*. KABS Viden.
- Jones, Sheila & Michael Muldbjerg Pedersen & Morten Hesse (2016): *Dårligt selskab? ADHD, venskabsrelationer og stofbrug*. Kap. 9 i: Pedersen, Mads Uffe og Signe Ravn (red.)(2016): *Unge liv – tilhør og udfordringer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Jones, Sheila (2016): *ADHD og afhængighed af rusmidler*. STOF, nr.26, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Jones, Sheila (2015): *ADHD og afhængighed af rusmidler*. STOF, nr. 25, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Jones, Sheila & Morten Hesse (2014): *Adolescents with ADHD: Experiences of having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity*. Journal of Attention Disorders.



- Jones, Sheila (2014): *Risks associated with the co-occurrence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder*. PhD-afhandling, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Järvinen, Margaretha & Signe Ravn (2015): *Explanations and expectations: drug narratives among young cannabis users in treatment*. Sociology of Health and Illness.
- Järvinen, Margaretha & Jacob Demant & Jeanette Østergaard (red)(2010): *Stoffer og natteliv*. Hans Reitzels Forlag.
- Katznelson, Noemi & Helene E. D. Jørgensen & Niels Ulrik Sørensen (2015): *Hvem er de unge på kanten af det danske samfund?* CEFU, Center for Ungdomsforskning, Aalborg Universitetsforlag.
- Møller, Kim & Jakob Demant (2011): *Unge påbegyndelse af illegalt rusmiddelbrug*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- NCTSN (2008): *Making the Connection: Trauma and Substance abuse*. The National Child Traumatic Stress Network, www.NCTSN.org.
- NIDA (2014): *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse.
- Nielsen, Jens Christian & Niels Ulrik Sørensen & Noemi Katznelson & Mariea Duclos Lindstrøm (red) (2010a): *Den svære ungdom*. Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, Jens Christian & Niels Ulrik Sørensen & Martha Nina Osmec (2010b): *Når det er svært at være ung i Danmark – unges trivsel og mistrivsel i tal*. CEFU, Center for Ungdomsforskning.
- Nordentoft, Merete (2006): *Cannabis og psykose*. Ugeskrift for Læger 2006; 168 (45):3896-3898.
- Partnerskabet bag Ungeprofilundersøgelsen (2016): *Ungeprofilundersøgelsen 2015*. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Pedersen, Mads Uffe & Kirsten Frederiksen & Michael Muldbjerg Pedersen (2015): *Ung-MAP: En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2014): *Samarbejdet om de dobbeltbelastede borgere. Misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien i kommunerne*. Kapitel 10 i *Det Kommunale Sundhedsvæsen*, red. af Birthe M. Pedersen & Steen Rank Petersen, Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, Mads Uffe & Kirsten Frederiksen (2012): *Unge der misbruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe og Morten Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe & Leif Vind & Marianne Bækboel (2009): *13-17årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2005): *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, Sandra Kristine Åbo (2014): Undersøgelse af rusmiddelforbruget på udvalgte døgninstitutioner for unge i Københavns Kommune. Delundersøgelse 3: Selvrapporeret rusmiddelforbrug blandt døgnanbragte unge, Center for Unge og Misbrug, Socialforvaltningen

Perry, Bruce D. (2007): *Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children*. The ChildTrauma Academy.

Poulsen, Bettina (2014): *Fællesskab og Formidling*, Speciale – Aalborg Universitet.

Rambøll (2015): *Screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug. Slutevaluering*. Socialstyrelsen.

Ravn, Signe (2012): *Kvalitativ devaluering af Stofrådgivningen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Rindom, Henrik (2004): *Rusmidlernes Biologi – om hjernen, sprut og stoffer*. Sundhedsstyrelsen.

Rørddam, Birgitte (2010) (Nr.15): *Psykisk syge unge hjælpes for sent*. Socialrådgiveren, nr. 15. Dansk Socialrådgiverforening.

Socialstyrelsen (2013): *Vejen til uddannelse og beskæftigelse – for udsatte unge mellem 15-23 år. Metodehåndbog*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012): *Hele vejen rundt. Redskaber i arbejdet med unges rusmiddelproblemer*. Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (-2016): *Nationale Kliniske Retningslinjer – diverse udgivelser om misbrug og psykisk lidelse*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2015): *Narkotikasituationen i Danmark 2015 – Nationale data*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011): *National sundhedsprofil unge – 2011*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2000-08): *Unge livsstil og dagligdag – MULD-rapporter 1-7*. Sundhedsstyrelsen.

Termansen, Tina & Theresa Dyrvig & Nete Niss & Jan Hyld Pejtersen (2015): *Unge i misbrugsbehandling - en evaluering af tre behandlingsindsatser*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Thommesen, Hanne (2012): *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterede problemer*. Akademisk Forlag, Gyldendal.

Thylstrup, Birgitte & Morten Hesse & Mads Uffe Pedersen & Kirsten Frederiksen (red)(2014): *Misbrugsbehandling, organisering, indsatser og behov*. Aarhus Universitetsudvalg.

Thylstrup, Birgitte (2009): *Dual diagnosis and treatment relations*. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.

Vadgaard, Kurt (2009): *Afslutningsrapport: Tidlig opsporing af unge under 18år med dobbeltdiagnose eller risiko for udvikling heraf*. Ungdomscentret, Aarhus Kommune.

Vind, Leif (2012): *Projekt Andre Valg*. Evaluering for Socialstyrelsen

Vind, Leif (2015): *Projekt Andre Valg*. Evaluering for Socialstyrelsen

Vind, Leif & Mads Uffe Pedersen (2010): *Behandling og andre sociale indsatser, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler: Strukturer evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Vind, Leif & Katrine Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Weatherall, Cecilie Dohlmann & Tina Termansen & Hilmar Kass Jacobsen (2014): *Midtvejsnotat. Delprojekt 2 i Evalueringen "Projekt misbrugsbehandling for unge"*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.