

Misbrug og psykisk lidelse

- Dilemmaer i behandlingen af dobbelt diagnoser

Europæisk Master i Narkotika- og Alkoholindsatser



Kim Bramsgaard

EMDAS 2012

Studienummer 20120363

Vejleder: Birgitte Thylstrup

Antal anslag inkl. mellemrum: 108.711

Aarhus Universitet – August 2014

Afhandlingen må offentliggøres, men bilagene er fortrolige

Indholdsfortegnelse

Introduktion	1
Problemformulering.....	3
Begrebsafklaring	3
Målgruppen.....	5
Teoretisk ramme	10
Teori	11
Erving Goffman og stigma	12
Axel Honneth og hans anerkendelsesteori	13
Pierre Bourdieu	14
Forskningslitteratur.....	16
Metode.....	20
Kvalitativ forskningsmetode	20
Kodning	22
Reliabilitet og validitet	23
Begrænsninger	23
Ethiske overvejelser	24
Analysemetode	25
Analyse	26
Hans Georg Gadamer og den filosofiske hermeneutik.....	27
Den hermeneutiske cirkel	28
Analyse af interviews	29
Diskussion og perspektivering	43
I relation til sammenhæng og kontinuitet i behandlingen	43
I relation til stigmatisering og anerkendelse	45
Opsummering.....	47
Kildekritik	47
English summary	49
Litteraturliste	50
Præsentation af interviewpersoner	54
Interviewguide	59

Introduktion

Misbrug og psykisk lidelse

- Dilemmaer i behandlingen af dobbelt diagnoser

Jeg arbejder som misbrugsbehandler og sagsbehandler i Bornholms Regionskommunes misbrugsbehandling, officielt kaldet Misbrugsområdet. Jeg har været i Misbrugsområdet siden 2008 og jeg erfarer fra nogle af vores borgere med et misbrug af rusmidler og psykiske problemer, at deres behandlingsforløb er problematisk. Borgeren skal forholde sig til flere forskellige instanser - både på sundheds- og socialområderne, hvilket kan være udfordrende for en målgruppe, der typisk er kendetegnet ved at være udsat.

Hvad angår misbrugs- og psykiatrisk behandling er mulighederne lige nu, at behandlingen for stof- og alkoholmisbrug ligger i kommunalt regi, mens behandlingen af psykiske sygdomme ligger i regionspsykiatrien (staten).

Misbrugsområdet tilbyder alkoholbehandling efter Sundhedslovens § 141 og stofmisbrugsbehandlingen er delt mellem Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, som vedrører den medicinske behandling (substitution). Regionerne har ansvaret for den psykiatriske behandling og for den misbrugsbehandling der tilbydes patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Personerne som henvender sig i Misbrugsområdet fortæller mig, at de ofte må pendle mellem misbrugsbehandlingen og regionspsykiatrien. Jeg oplever derfor, at der sker en u hensigtsmæssig opdeling af behandlingsindsatsen, som for disse borgere giver anledning til frustration og er medvirkende til dårligere behandlingsforløb og resulterer dermed i en ringere effekt. Et typisk eksempel kan være, at personen har en social fobi forbundet med en angst, hvor et terapeutisk forløb i psykiatrisk regi kan imødekomme behandlingsbehovet for angstlidelse, men idet samme person viser sig at selvmedicinere sig med alkohol for at dæmpe sin angst for at indgå i sociale relationer, afvises personen i første omgang af Psykiatrisk Center, Bornholm, med henvisning til behandling af alkoholmisbruget forinden en psykiatrisk udredning. En periode uden medicin (se alkohol) kan være uoverkommelig for denne person. Dette eksempel ses også hos misbrugere af hash og andre stoffer, hvor de sjældent tilbydes en psykiatrisk udredning/behandling, før de er

stoffrie eller i det mindste er nedtrappet. Flere af disse personer, især hashmisbrugere, er derfor svære at fastholde i en misbrugsbehandling, da de har svært ved at tackle deres psykisk forstyrrelse uden den dæmpende funktion, som fx hashen har.

I de tilfælde, hvor borgeren har en psykotisk lidelse som fx skizofreni eller svær PTSD (post traumatisk stress syndrom), oplever jeg dog, at der er praksis for, at patienten primært er i psykiatrisk regi, hvorfra der inviteres til et samarbejde med Misbrugsområdet. Ikke desto mindre opleves dette samarbejde ikke som en samlet indsats for personen, da der er tale om et sekventielt forløb, dvs., at behandlingen af den ene forstyrrelse behandles før eller efter den anden forstyrrelse (misbruget eller den psykiske lidelse). Personen forventes også at skulle være aktiv søgende i denne proces og han overlades til selv at være opsøgende mellem 2 eller flere instanser. Da målgruppen er kendetegnet ved, at flere af dem er resourcesvage og samtidigt kan være plaget af problematikker ud over misbruget, vil et sammenhængende behandlingsforløb blive svært at opnå.

Opdelingen af behandlingssystemerne har således en ekskluderende virkning på mennesker med dobbeltdiagnose, når de i nogle tilfælde henvises til en misbrugsbehandling før en psykiatrisk udredning kan foretages. Flere af dem opgiver et forløb eller magter ikke, at skulle være vedvarende aktive i processen. Jeg er blevet oplyst af personalet på Psykiatrisk Center (regionspsykiatrien på Bornholm), at de vanskeligt kan foretage en sådan udredning, da påvirkningen af stofferne ikke giver et tydeligt billede af deres psykiske lidelse. De fortæller endvidere, at det bedste resultat for at kunne give en korrekt diagnose kræver stoffrihed i en periode – 3 måneder er blevet nævnt for mig nogle gange. Ser man på adgangen til udredninger i regionspsykiatrien på landsbasis svinger den krævede stoffri periode mellem 0 dage og 6 måneder. Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke findes ensartethed i betingelserne for adgangen til psykiatriske udredninger.

Kommunerne oplever, at mangel på og for lange ventetider til psykiatrisk udredning og behandling forhindrer at misbrugsbehandlingen får effekt (KL (2012): Problemidentifikation på psykiatriområdet, refereret fra Bilagsrapport 1, 2013: 376).

Desuden medfører misbrugsbehandlingen ikke nødvendigvis til ophør af misbrug i tilstrækkelig nok tid til, at en psykiatrisk udredning kan indledes. Personerne i min målgruppe finder det nemlig

svært at være afholdende i længere tid, blandt andet fordi de føler og mærker, at de må bruge stoffer eller alkohol for at dæmpe symptomerne på deres psykiske lidelser. Nogle borgere fortæller mig, at misbrugsbehandlingen alene ingen mening giver, medmindre en sideløbende psykiatrisk behandling iværksættes – enten medicinsk eller terapeutisk. Som et resultat af det dropper flere ud af misbrugsbehandlingen, og for de som gennemfører, er procenten for recidiv høj, da det for dem er meget svært at tackle deres psykiske comorbiditet uden en form for selvmedicinering, ved enten indtagelse af stoffer/alkohol eller illegal medicin.

Det er min hensigt, at beskrive de nuværende behandlingsmuligheder for personer med comorbid stof- og/eller alkoholmisbrug og psykisk lidelse, hvor misbrugs- og psykiatribehandling ligger i separate regi.

Formålet med opgaven er at undersøge, hvordan en gruppe af borgere i Bornholms Kommunes misbrugsbehandling med sammenfaldende stofmisbrug og psykisk lidelse påvirkes af deres situation, hvor der dels sker en opdeling af behandlingerne og dels kræves involvering af flere instanser.

Problemformulering

På hvilken måde påvirkes borgere, med et misbrug af rusmidler og psykiske problemer der modtager stof- og/eller alkoholbehandling, når behandlingen er opdelt i to adskilte systemer?

- Og hvordan oplever disse personer deres egne behandlingsforløb?

Begrebsafklaring

Af hensyn til en sproglig alsidighed, benytter jeg skiftevis betegnelserne **borger** og **person/klient/bruger** om de mennesker der indgår i min målgruppe. Borger er en officiel betegnelse for en klient i kommunalt regi.

Ordet **Misbrugsområde** med stort M anvendes i hele opgaven og er det officielle navn på vores enhed og som er den kommunale misbrugsbehandling på Bornholm. Misbrugsområdet hører

organisationsmæssigt under Center for Sundhed, Bornholm og består af 11 personer inklusivt leder, hvoraf 4 er StøtteKontaktPersoner (SKP).

Udlevering af substitutionsmedicin samt stofmisbrugsbehandling generelt, samt åben ambulans alkoholafrusning foregår i en villa kaldet **Huset** og navnet Huset vil således optræde flere steder i opgaven. Den ambulante alkoholbehandling sker på en anden adresse i samme by.

Psykisk lidelse/sygdom samt misbrug er udtryk for forstyrrelser og jeg anvender derfor også betegnelsen **forstyrrelse** undervejs i opgaven.

I behandlingsøjemed bruges udtrykkene **Integreret, parallel eller sekventiel** behandling. Integreret behandling betyder, at behandlingen for begge forstyrrelser sker samtidigt på samme sted. Dette kan fx. ske i døgnbehandling, såfremt behandlingsstedet tilbyder misbrugsbehandling for DD personer. Parallel behandling er fx misbrugsbehandling i kommunalt regi, mens der sideløbende behandles for fx angst på Psykiatrisk Center og endelig er der sekventiel behandling, hvor den ene forstyrrelse behandles før eller efter den anden.

Jeg vælger at anvende betegnelsen **DD** i opgaven, som inkluderer begge begreb: Dobbeldiagnose og dobbeltbelastet. Jeg bruger, følgende, flere kiler til at uddybe de implikationer som begreberne dobbeldiagnose og dobbeltbelastet medfører.

Personerne i min målgruppe omtales nogle steder i litteraturen som: Dobbeldiagnose eller dobbeltbelastede. Det er ikke indlysende i hvilken kontekst termerne bruges, hvilket kan have konsekvenser i forhold til hvilken behandlingsindsats der bør ydes. Definitionen på disse begreber har altså en betydning for tilrettelæggelsen af en eventuel indsats, der har til hensigt at skabe et sammenhængende tilbud. Det er dog ikke indlysende for alle parter, hvad definitionerne på begreberne indebærer, endsiges hvilken behandling der i så fald skal iværksættes. Hertil er der sågar områder i behandlingssystemet som ikke kender begreberne.

Lotte Sønderby, psykolog og daværende formand for Dansk fagligt netværk for dobbeldiagnose, skriver for eksempel i sin artikel *Dobbeldiagnose –Dobbeltbelastning?* :

Så længe vi end ikke inden for egen landegrænse kan finde ud af at definere målgruppen, dvs. blive enige om, hvad der skal falde ind under betegnelsen 'dobbeldiagnose', vil vi fortsat komme til at mangle disse evidensbaserede tilgange, hvilket er helt essentielt (Stofbladet 17: 38).

For alligevel at kredse ind om en definition på – diagnose og –belastet anvender jeg Sundhedsstyrelsens bud:

I Kvalitet i alkoholbehandling- et rådgivningsmateriale beskrives: I daglig tale kaldes den ikke-psykotiske del af dobbeltdiagnosepatienterne for "dobbelt belastede" som udtryk for deres – trods alt – lettere problemgrad end den alvorligt sindslidende (psykotiske) del af dobbeltdiagnosegruppen (Sundhedsstyrelsen, 2008a: 19).

Begge definitioner anvendes således for at definere en tilstand, hvor personen har et stof- og eller alkoholmisbrug samtidigt med en psykisk lidelse. Betegnelserne diagnose eller belastet beskriver sværhedsgraden af den psykiske lidelse, hvor betegnelsen **diagnose** typisk inkluderer en psykotisk tilstand, som fx skizofreni, hvorimod **belastet** beskriver en psykisk lidelse af let til middelsvær grad, som fx angst, depression og ADHD.

Målgruppen

De borgere der henvender sig eller henvises til vores team i Misbrugsområdet og som har, eller oplever at have en psykisk sygdom har desuden ofte en kompleks problematik ud over misbruget og den psykiske lidelse. Det fordrer et samlet overblik og et behov for at inddrage andre instanser, hvilket udsatte og sårbare mennesker kan have svært ved at finde ressourcerne til.

Læsevejledning til målgruppe afsnit

Dette afsnit indeholder 4 punkter: 1) Beskrivelse af sammenhængen mellem misbrugs- og psykiatrisk behandling i et historisk perspektiv, 2) Om kompleksiteten ved behandlingen af DD personer, 3) Anbefalinger om den rette stof- og alkoholbehandling og 4) Debatten mellem kommunerne og regionerne om behandlingen af DD personer.

Sammenhængen mellem misbrugs- og psykiatrisk behandling

Læge Preben Brandt skriver i sin artikel fra 2005, at da han startede for 30 år siden var der ikke nogen forskning på området og at de psykiatriske lærebøger ikke indeholdt overvejelser om kombinationen af misbrug og psykisk lidelse (Brandt, P., 2005). Brandt har arbejdet som læge inden for psykiatrien i mange år og skriver i sin artikel om de udfordringer mennesker med dobbeltdiagnose stilles overfor i behandlingssystemet, både dengang han startede som læge og nu. Disse udfordringer er blandt andet, at patienter i hospitalsregi med dobbeltdiagnose ofte ikke kan klare sig med en kort indlæggelse til regulering af medicinen og at der findes en berøringsangst mange steder i distriktskykiatrien i forhold til den metadonbehandling gruppen af stofmisbrugere oftest har størst gavn af. Brandt fristes til at udlede, at man, på trods af fremgang i forskningen på sygdomsområdet, ikke hensigtsmæssigt varetager gruppen af personer med dobbeltdiagnose:

Det efterlader mig den ubehagelige mistanke, at vi faktisk ikke har haft de store ambitioner om at ændre disse menneskers tilværelse. Hvis man ser på deres situation, er den vel ud fra en etisk vurdering ikke så meget anderledes end for 30 år siden, ud over at de rent omsorgsmæssige forhold er fulgt med udviklingen, således at den psykisk syge med misbrug ikke længere sover på sovesal i en stor psykiatrisk institution, men har sit eget værelse på en mindre socialpsykiatrisk boenhed (Brandt, P, 2005: 7).

- Egen note: Socialpsykiatrien etableres i starten af 1990'erne og er resultatet af de anstrengelser man gør sig for at afinstitutionalisere psykiatrien i de sene 80'er og man ønsker således at optimere inklusionen af disse patienter i samfundet. Socialpsykiatrien ligger i kommunalt regi, hvor psykiatrien ligger hos regionerne. På samme tid udvises der politisk interesse inden for psykiatriområdet og, som et resultat af det, indføres der forbedringer for patienter/brugere. Disse forbedringer findes blandt andet i forøget hjemmepleje og etablering af dagcentre og bosteder. Lov om Social Service (Serviceloven) indføres i 1998 og hermed laves der individuelle handleplaner for borgere der opfylder kriterierne for hjælp beskrevet i loven.

Historisk set har staten indtil 1976 ansvaret for hospitalspsykiatrien. For ikke at adskille den somatiske (fysiologiske sygdomme) og den psykiatriske behandling bliver det administrative

ansvar for hospitalspsykiatrien overdraget til amtskommunerne i 1976 (Kragh 2008, citeret i Pedersen, M.U., 2013). Med kommunalreformen i 2007 placeres ansvaret i den behandlende psykiatri hos regionerne og ansvaret for stof- og alkoholbehandlingen placeres hos kommunerne. Stof- og alkoholbehandlingen antager flere former siden 1960'erne, og siden 1996 undergår begge den samme udvikling organisatorisk set, men målgruppen for alkoholbehandling er og har altid været forskellig fra målgruppen for stofbehandling.

Kompleksiteten i behandlingen af DD personer

Artiklen *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats* beskriver målgruppen samt vanskelighederne ved behandlingen af disse personer:

Afgrænsningerne af både misbruget og sindslidelsen kan være flydende og svære for behandlingssystemet at se og bruge, ligesom der kan være stor forskel på graden og selverkendelsen af misbruget og den psykiske sygdom. Dertil kommer, at mennesker med sindslidelse og misbrug desværre tit har sociale og økonomiske problemer. Det drejer sig fx om kriminalitet, hjemløshed, ensomhed og arbejdsløshed (Hagensen, P. et al., 2010: 5). Som en fodnote til artiklens titel, som kan give anledning til spørgsmål, konkluderes artiklen med, at dobbeltdiagnose ikke kræver dobbeltindsats, men snarere en helhedsorienteret indsats.

Rapporten *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling* beskriver denne målgruppe:

Der er tale om en patientgruppe, der er særlig skrøbelig og hvor man ikke kan forvente, at de selv kan varetage koordinationen. Litteraturen anbefaler en integreret behandlingsindsats, hvilket foregår få steder i dag. Der ligger således en stor opgave i at få tilrettelagt denne behandling bedst muligt, både hvad angår indførsel af evidensbaserede metoder og hvad angår samarbejde og koordination (Bilagsrapport 2, 2013: 40).

Rapporten, som jeg fremefter kalder Bilagsrapport 2, er udfærdiget af en arbejdsgruppe, som regeringens udvalg om psykiatri nedsætter i maj 2012 og har til formål at beskrive udviklingen i diagnoser og behandling på psykiatriområdet.

Rapporten beskriver også, at der findes forskellige sværhedsgrader af de psykiske lidelser og at grænsen mellem mentale helbredsproblemer og reelle psykiske lidelser nogle gange kan være svært at definere.

Bilagsrapport 2 anvender også Socialt Udviklingscenter (SUS) som kilde. SUS citeres for, at mennesker med dobbeltdiagnoser ikke er en homogen gruppe, og at det kan være vanskeligt præcist at angive antallet af mennesker med dobbeltdiagnoser. SUS beskriver i flere rapporter, at dobbeltdiagnose begrebet benyttes forskelligt blandt fagprofessionelle, og at nogen slet ikke kender til begrebet.

Mads Uffe Pedersens seneste arbejde viser nogle tal og angiver, at der i 2006 er 7,8% af de indskrevne i alkoholbehandlingen som er under 30 år og 37,8% der er 50 år og derover. For stofbehandlingens vedkommende er der samme år 43% af de indskrevne der er 30 år og 6,9% som er 50 år eller derover. Det vil sige en helt anden målgruppe aldersmæssigt.

Kapitlet konkluderer heraf, at det også betyder at de psykiske belastninger hos personer i henholdsvis alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen er af helt forskellig karakter (Pedersen M.U., 2013: 212-213). De seneste opgørelser viser, at mere end 50 % af de alkoholafhængige har psykiske lidelser, hvoraf angstlidelser, depression og svære personlighedsforstyrrelser er de hyppigste (Sundhedsstyrelsen, 2008a: 18). Blandt mennesker med stofmisbrug i social misbrugsbehandling rapporterer 67 pct. af kvinderne og 60 pct. af mændene at have psykiske problemer (Servicestyrelsen, 2009).

Anbefalinger for behandlingen af de dobbeltbelastede

Sundhedsstyrelsens anbefalinger i behandlingen af personer med dobbeltdiagnose-/belastning:
Stofmisbrugsbehandlingen:

Sundhedsstyrelsen anbefaler i *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, at:*

Der bør altid henvises til speciallæge i psykiatri ved mistanke om eller påvisning af:

- *Psykosser, affektive lidelser af sværere karakter*
- *Alvorlige selvmordsforsøg*

- *Alvorligere diagnostisk uafklarede psykiske tilstande, herunder hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD (Sundhedsstyrelsen, 2008b: 39).*

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at personer med lettere psykiske lidelser og problemer henvises til primær sundhedstjeneste (egen læge og sygehuse) og til de kommunale misbrugsbehandlingssteder.

Med hensyn til et samarbejde mellem det kommunale behandlingssystem og regionspsykiatrien anføres det, at den læge, der er ansvarlig for den kommunale stofmisbrugsbehandling, skal medvirke til at sikre det bedst mulige behandlingsforløb mellem ovenstående instanser, samt med praksislæge/sygehus (Sundhedsstyrelsen, 2008b).

Alkoholbehandlingen:

I Sundhedsstyrelsens rapport *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*, anbefales følgende:

... Der er derfor brug for samarbejde mellem alkoholbehandlingen og hospitals- såvel som socialpsykiatrien, således at eksempelvis psykotiske og svært depressive patienter kan indlægges til behandling, selvom de lider af alkoholafhængighed. Samarbejdet mellem regionen og kommunerne herom vil kunne indgå som et element i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner (Sundhedsstyrelsen, 2008a: 21).

Kommunernes og regionernes synspunkter

Der er en vedvarende debat om hvem der bedst varetager behandlingen for målgruppen med begge forstyrrelser (misbrug og psykisk lidelse). Denne debat, eller diskussion om man vil, er til tider intensiv. Dette ses blandt andet ved en kritik af kommunernes indsats på misbrugsområdet ved Danske Regioners udgivelse af oplægget: *To diagnoser – et menneske: En faglig og effektiv misbrugsbehandling* fra 2012, hvor pointen er, at misbrug er en psykisk sygdom, hvor behandlingen rettelig bør ligge i psykiatrisk regi (Danske Regioner, 2012) og gennem Lægeforeningens rapport fra 2012, *Alkoholbehandling i kommunerne*, hvor der gennem deres undersøgelse peges på, at ikke alle kommuner lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitet i alkoholbehandlingen (Statens Institut for Folkesundhed, 2012).

Kommunernes Landsforening (KL) giver, ikke overraskende, svar på kritikken ved fremlæggelse af et nyt politisk udspil, *En styrket misbrugsbehandling*, med 12 konkrete anbefalinger på misbrugsområdet til både kommune, regionerne og staten (KL, 2012a). Hertil sender KL en rapport udarbejdet af Thylstrup B., *God social misbrugsbehandling* (KL, 2012c), samt et konkret værktøj til brug for screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen, *Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen* (KL, 2012b).

Pedersen M.U. er af den opfattelse, at der reelt ikke er beviser for, at alkohol og stofbehandling er blevet ringere efter 2007: *At denne diskussion kan få lov at fortsætte må nok til dels tilskrives de manglende beviser på, at behandlingen af alkohol og stofmisbrug reelt er blevet dårligere efter kommunernes overtagelse af opgaven* (Pedersen, M.U., 2013: 219).

Med hensyn til min målgruppe bestående af personer med DD, er der i dag politisk og generelt en betydelig opmærksomhed på denne dobbeltproblematik.

Journalist Marianne Bækbøl skriver ligefrem om *Kampen om klienterne*, som også er titlen på hendes artikel fra 2012. Hendes artikel beretter om en debatdag, hvor repræsentanter fra regionerne og kommunerne fremlægger deres synspunkter, hvor hun slutteligt og interessant for min vinkel i opgaven, påpeger, at der ikke deltager repræsentanter for målgruppen, nemlig klienterne: *Ingen repræsentanter for målgruppen var til stede, så deres meninger og ønsker blev ikke lanceret. De må sætte deres lid til samtlige deltageres gode intentioner om at gøre behandlingen betydeligt bedre for folk med dobbeltdiagnoser, end tilfældet er i øjeblikket* (Bækbøl, M., 2012: 149).

Teoretisk ramme

Læsevejledning til teoriafsnit

Teoriafsnittet indeholder 3 teoretiske retninger, som alle har tilfælles, at de grundlæggende relaterer til et anerkendelsesperspektiv. Jeg anvender Erving Goffman til specifikt at forklare de dynamikker der opstår ved stigmatisering, herefter præsenterer jeg Axel Honneths' anerkendelsesteori til at uddybe de grundlæggende aspekter af anerkendelsen. Slutteligt anvender jeg udvalgte teoretiske begreb af Pierre Bourdieu, som jeg mener kan bidrage til en

bedre forståelse af de sociologiske årsager, der kan være medvirkende til marginaliseringen af min målgruppe.

Teoriafsnittet følges op af forskningslitteraturen, som jeg har delt op i 3 kategorier: Indledningsvis præsenteres flere forskningsundersøgelser der peger på, at behandlingen af personer med stof- og/eller alkoholmisbrug med en samtidig psykisk lidelse repræsenterer en udfordring for de traditionelle behandlingssystemer. Det følges op af undersøgelser, der påviser positive effekter ved brugen af evidensbaserede psyko/adfærds-terapeutiske metoder og endeligt fremlægger jeg senest forskning på udredningsområdet, hvor anvendelsen af et screeningsværktøj har været prøvet i en stor undersøgelse. Et screeningsværktøj anvendes i dag i flere kommuner og der er politiske intentioner om, at værktøjet anvendes som en integreret del af udredningen i misbrugscentre.

Teori

Personer med et misbrug af rusmidler og psykiske problemer, som udgør min målgruppe, er en gruppe der i bred forstand er marginaliseret. Det er også grunden til, at jeg vil undersøge i hvilken grad det påvirker dem. Det fremgår af flere undersøgelser, at der er en forskel i tyngden af problematikkerne hos personer indskrevet i henholdsvis alkohol- eller stofbehandling. Socialstyrelsen udgiver deres rapport i 2013, hvor målgruppen er borgere som er *meget socialt belastede og marginaliserede og påvirket af et kaotisk blandingsmisbrug*. I rapporten er der foretaget interviews med blandt andre behandlere og støttepersoner, som alle genkender, at gruppen er kendetegnet ved ... *en mere hektisk og kaotisk adfærd end andre borgere med misbrug, lige som mange i målgruppen befinder sig i en mere kompleks social situation* (Socialstyrelsen, 2013: 2). Rapporten finder, at medarbejdere på misbrugscentre og væresteder betegner disse borgere som meget vanskelige at fastholde i samtaler og at deres svære situationer i nogle tilfælde udarter sig i udadreagerende og til tider voldelig og grænseoverskridende adfærd. En adfærd der har konsekvenser for den støtte og behandling, som borgeren tilbydes og modtager.

Den afvigende adfærd der sker i relation til misbrug og psykisk forstyrrelse foranlediger en stemping af disse personer, som fører til stigmatisering. Der er lavet en undersøgelse om stigmatisering for målgruppen af mennesker med psykisk lidelse af Danske Regioner, DSI og SFI, da der på det tidspunkt ønskes en bedre viden om, hvad stigmatisering betyder for personerne i

undersøgelsen. Deres målgruppe er personer udelukkende med psykiske lidelser af forskellig slags, dog nævnes personer med samtidig psykisk forstyrrelse i deres afgrænsning: *Sammen med hjemløshed og misbrug regnes psykisk lidelse blandt de mest stigmatiserende forhold for mennesker i vores samfund* (Danske Regioner, DSI og SFI, 2010.: 9) og... *at forskningen igen og igen viser, at dobbeltstigmatisering rammer dobbelt hårdt* (Ibid., 2010: 10).

Nogle af rapportens hovedpunkter i dens konklusion er relevante i forhold til min målgruppe:

- *I sundhedsvæsenet viser forskellige undersøgelser, at folk med en psykisk lidelse bliver underbehandlet både på det psykiatriske og det somatiske område, og at oplevelsen af stigmatisering kan være en væsentlig årsag* (Ibid., 2010: 64).

- *Selvstigmatisering: At personerne må justere deres eget billede af hvem de er og hvad de kan, når de møder forventningerne fra omverden. Hermed menes at selvværdet og selvtilliden svækkes* (Ibid., 2010).

Erving Goffman og stigma

Stigma betyder, at en særlig gruppe i befolkningen bliver stemplet og dømt, da de adskiller sig fra det "normale". Stigma opstår, når et menneske med f. eks. skizofreni tilskrives særlige stereotype og negative egenskaber. Hvis et menneske i vores samfund afviger fra det normale, vil han eller hun, i vores bevidsthed, blive reduceret fra at være et helt almindeligt menneske, til at være et nedvurderet menneske. Der er i så fald tale om stigmatisering (Bedre Psykiatri Ungdom).

Goffman opstiller i sin bog, *Stigma – Om afvigerens sociale identitet* (Goffman, E., 2009), 3 former for stigma, hvor min målgruppe hovedsagligt omfattes af den form, der beskriver karakterafvigelsen. Jeg har tidligere været inde på vores klienter i stofbehandling, hvor karakterafvigelsen blandt andet viser sig i form af udadreagerende og grænseoverskridende adfærd. For de mere ressourcestærke borgere indskrevet i alkoholbehandling kan det være i form af samlivs- og jobmæssige problemer grundet prioritering af alkoholen, men for de, som tillige har psykiske problemer, er det i den relation ikke mindre belastende for dem, end for stofbehandlingens klientel. Denne karakterafvigelse udløser en stigmatisering af disse personer grundet deres misbrug, psykiske lidelser, arbejdsløshed, fængselsophold, hjemløshed, mv. Min målgruppe oplever det særligt uden for behandlingen, det vil sige ude i samfundet. De beretter

om forskelsbehandling, når de fx er i banken eller i kommunen, og mærker, at folk enten helst vil undgå dem eller, at de ikke tilbydes hjælp/assistance på lige fod, som andre kunder/klienter. Goffman omtaler synligheden af stigmata. Diabetes, for eksempel, anses ikke at have nogen indvirkning på interaktionen med andre, da den ikke er synlig for andre. Diskrimineringen begynder først, når den stigmatiserede vil søge arbejde (Stigma, 2009: 91). Omvendt er synligheden tydelig og en afgørende faktor hos min målgruppe: *Det, at man i den daglige kontakt til stadighed og åbenlyst kan se hos et individ med hensyn til hans sociale identitet, vil være af den allerstørst betydning for ham* (Ibid.: 89). Goffman beskriver således, at idet personen omgås andre til daglig, hvor følgerne af de enkelte kontakter ikke betyder det store hver for sig, så kan de sammenlagt få en enorm betydning.

Vores gruppe af personer indskrevet i stofbehandling og i særdelshed de, som er hårdest belastet, er også stigmatiseret på grund af deres udseende, hvor synligheden ude i samfundet er åbenlys: Stofmisbruget fører til et generelt dårligere helbred og manglende hygiejne. Deres belastede og komplekse sociale situation påvirker dem også i en grad, hvor de udviser en ligegyldig og til tider konfronterende adfærd over for normalsamfundet og dets medlemmer. Personer indskrevet i alkoholbehandling med en psykisk forstyrrelse udsættes for stigmatisering, nogle fx i forbindelse med socialfobier, fordi de har svært ved at indgå i sociale relationer og andre grundet ADHD, fordi de fx har svært ved at koncentrere sig i skolen eller på arbejdet. Synligheden er hermed en faktor af betydning i et stigmatiserings perspektiv.

[Axel Honneth og hans anerkendelsesteori](#)

Modsat Goffman, analyserer Axel Honneth herimod begrebet usynlighed i sit arbejde med begrebet om anerkendelse. Usynligheden kommer til udtryk, når personen fysisk er observeret, men hvor han er socialt usynlig – det vil sige overset og negligeret. Man ønsker hurtigt at passere en alkoholiker, der ligger og sover rusen ud på en bænk eller en gruppe stofmisbrugere, der er samlet foran Maria Kirken på Istedgade. *Honneth mener selv, at alle former for social interaktion rummer gensidige moralske krav, og at sociale forhold er anerkendelsesforhold* (Honneth et al., 2004: 61-63, citeret i Nørgaard, B., 2005: 63).

Axel Honneth, født i 1949, er en tysk professor og filosof og er først og fremmest kendt for sin anerkendelsesteori. Honneth betragter mennesket som et anerkendelsessøgende væsen.

For at opnå selvvirkeliggørelse på både det individuelle og det sociale plan, forudsætter det anerkendelse på følgende 3 områder (Nørgaard, B., 2005):

Privatsfæren, som det kendes fra familien og venskabet. Denne sfære adskiller sig fra de andre, da den er grundlaget for overhovedet at kunne indgå i relation med andre mennesker. Det er i kærligheden og venskabet, at den fundamentale **selvtillid** skabes.

Den retslige sfære giver anerkendelse som en juridisk person med rettigheder. Anerkendelse i form af rettigheder sikrer individets muligheder for autonomi. Denne form for anerkendelse er en betingelse for at udvikle **selvagtelse**.

I den solidariske sfære finder vi kulturelle, politiske og arbejdsmæssige fællesskaber og gennem deltagelse i disse fællesskaber udløser det **selvværdsættelse** hos individet

De mennesker som er indskrevet i Misbrugsområdet er ikke mindre anerkendelsessøgende og deres komplekse sociale situation gøres ikke mindre penibel, når de møder modstand ude i normalsamfundet i form af fx berøringsangst på sygehuse og psykiatriske afdelinger.

Tværtimod er deres selvværd og selvværdsættelse ofte meget lav på grund af gentagne fiaskoer og krænkelser (Ibid.: 66).

Pierre Bourdieu

Margaretha Järvinen skriver om en central tese i hele Bourdieus forfatterskab: *Kampen om anerkendelse udgør en helt fundamental (måske den mest fundamentale) dimension i menneskeligt samvær* (Järvinen, M., 2007: 347). Pierre Bourdieu, fransk sociolog (1930-2002), har et yderst omfattende forfatterskab, hvorfor jeg kun inddrager relevante aspekter af hans arbejde i forhold til allerede nævnte begreber og teorier af Goffman og Honneth.

Jeg er af den opfattelse, at Bourdieu ligeledes kan bidrage med en bedre forståelse af de sociologiske årsager, der kan være medvirkende til marginaliseringen af min målgruppe.

Habitus, kapital, og felt er de begreber jeg anvender fra Bourdieu til min analyse.

Habitus formes primært på baggrund af den socialisering, der finder sted i barndommen, men den foregår til stadighed og bliver hermed en oplagring af samtlige af livets erfaringer. Habitus er således den rygsæk man har med sig. *Derfor foretrækker vi ofte at diskutere politik med personer, som (vi antager) har samme holdninger, som vi selv har, skriver Bourdieu, mens vi undgår at*

komme i ubehagelige disputer med radikalt anderledes tænkende personer (Järvinen, M., 2007: 353).

I Bourdieus sociologi består begrebet **kapital** (ressourcer) af 3 former: Den økonomiske, som står for penge og materielle goder, den kulturelle, som er uddannelse, skole, opdragelsen i hjemmet, mv., og den sociale, som er personens ressourcer han har i kraft af en tilknytning til en specifik gruppe eller hans evne til at have "gode forbindelser". Der findes en overordnet kapital, som er den symbolske kapital og skal forstås som ry, prestige eller anerkendelse, ... *som de tre andre kapitalformer (den økonomiske, den kulturelle og den sociale) transformeres til, når de opfattes som legitime på et specifikt felt* (Ibid.: 365). Den symbolske kapital opstår i det felt, som individet befinder sig i. Det vil sige, at en bestemt egenskab, som fx, at en bruger i Huset har den nødvendig viden til at støtte andre brugere i brugen af computere, ikke nødvendigvis besidder en egenskab (symbolsk kapital) af særlig relevans blandt fx studerende på en skole, hvor alle sædvanligvis er erfarne PC-brugere.

Dette fører mig således til mit sidste valgte begreb **felt** – et begreb som skal ses som en række af mindre sociale rum som udgør samfundet. Bourdieu betragter nemlig ikke samfundet som en stor enhed, men som bestående af felter. *I moderne industrisamfund består det sociale kosmos af en række relativt autonome mikrokosmoser eller felter, hver især med specifikke regelsæt, værdier og interesser* (Ibid.: 366).

Marianne Bjerborg skriver i sin artikel om socialt udsatte i botilbud, og hun anvender Bourdieus begreb felt, for at illustrere brugernes eget felt i relation til normalsamfundets felt (naboerne). Bjerborg skriver om de socialt udsattes manglende pengekapital, hvor de sociale og kulturelle kapitaler handler om "bare at kunne bo". *I naboernes felt får man bekræftet egne værdier gennem bevidstheden om andre felters "skræmmende" dagsorden, og i beboernes felt kan kendskabet til naboerne stimulere uopnåelige drømme som bekræfter hvor udstødt man er* (Bjerborg, M., 2005: 10). Jeg anvender Bjerborgs' beskrivelse, da den illustrerer de samme dynamikker der opstår i det sociale rum, som Huset udgør i vores stofbehandling.

Forskningslitteratur

Udfordringer i behandlingen af DD personer

Der er tilsyneladende udfordringer ved tilrettelæggelsen af behandlingen af personerne fra min målgruppe: Personer med misbrug af rusmidler og psykiske problemer. Forskningslitteraturen påpeger ligeledes vanskeligheder i forbindelse med afklaringen, udredningen og tilrettelæggelsen af denne behandling, som udover selve behandlingen indebærer hensyntagen til den samlede livssituation for personen.

Birgitte Thylstrup et al. beskriver i deres videnskabelige artikel, om den aktuelle og løbende debat der er omkring behandling for DD. (Dobbelt Diagnose: I min målgruppe tillige omtalt som dobbeltbelastede). I bestræbelserne på at implementere en standardiseret behandling for DD personer, fremhæves vanskelighederne ved at udforme en standardbehandling. Dette skyldes udfordringerne hos målgruppen, der er karakteriseret ved en kompleks livssituation: fysisk, mentalt og socialt. Hertil kommer de forskellige typer af stoffer og varieteten af de psykiske lidelser (Thylstrup, B. et al., 2009a).

De baserer omfanget af personer med et misbrug med en samtidig psykisk forstyrrelse på tal fra The National Comorbidity Survey (NCS). Deres undersøgelse fra 1996 viser, at mellem 41,0 til 65,5% af personer med en livslang afhængigheds problematik har mindst 1 psykisk lidelse, mens 50,9% af personer med en psykisk lidelse er afhængige af mindst 1 stof, herunder alkohol (Kessler et al., 1996, refereret fra Thylstrup, B. et al., 2009a).

Forfatterne af artiklen nævner, at epidemiologiske undersøgelser af denne størrelse efter deres mening endnu ikke er udført i de nordiske lande, men at intet tyder på, at situationen skulle være anderledes i nord.

I en anden artikel af Thylstrup nævnes en systematisk undersøgelse udført i Danmark i 1994 af Jessen-Petersen. Denne undersøgelse bruges stadig som reference og påviser, at 50% af patienterne med psykoser og langvarig tilknytning til psykiatrisk regi har et misbrugsproblem. Mange af disse patienter er svingsdørpatienter, dvs. de har mangfoldige, men kortvarige indlæggelser på skadestuer, hvor de ofte er blevet henvist af enten en psykiatrisk afdeling eller et

misbrugsbehandlingssted. Hansen et al. undersøgelse fra 2000 påviser forekomsten af misbrug blandt indlagte danske patienter og finder, at der er en betragtelig forskel blandt de 12 psykiatriske afdelinger, men at der i gennemsnit er indlagt 24,7% patienter med stofmisbrug og 25,3% med alkoholmisbrug. Der er også indikationer på, at disse patienter ikke får stillet en diagnose for deres misbrug. Det gælder især for gruppen af patienter med et misbrug af illegale stoffer (Thylstrup et al., 2009c).

Thylstrup et al. omtaler forskningen og anbefalingerne der peger på fordelene ved den samtidige behandling af begge forstyrrelser, og at et tidsperspektiv bør indtænkes i form af en langvarig efterbehandling (Drake, 2001; Minkoff, 2001, refereret fra Thylstrup et al., 2009a). Thylstrup et al. ønsker gennem artiklen at skabe en debat, hvor behandlingsindsatsen for DD gruppen bør modsvare det komplekse behandlingsbehov de har. Herunder at arbejde tværsektorielt på indsatsen, da der eksisterer en anderledes behandlingstradition og kultur for henholdsvis regionspsykiatrien og de kommunale misbrugscentre.

Et interessant aspekt hos Thylstrup et al., er deres pointe angående den politiske indflydelse på behandlingen af DD. De mener, at det ikke alene er et spørgsmål om at have en givtig dialog mellem udfører delen i region/kommune og forskningsdelen indenfor DD behandling, men om prioriteringer i den politiske agenda. De sammenligner med Norge, hvor landet politisk prioriterer en tidlig indsats ved en intensiv behandling af unge borgere med DD, hvor behandlingsperioden er ca. 6 måneder og hvor forskellige sociale instanser er involveret i forløbet. Til sammenligning tilbydes borgere med DD i Danmark først behandling for DD, når alle andre indsatsmuligheder er udtømte.

Politically, the treatment responsibility (in Denmark) is placed within the psychiatric system. Lack of political prioritizing of development of DD treatment has resulted in offers of either standard psychiatric or substance abuse treatment offered at separate treatment institutions, often providing a service that does not match the patients' complex problems and treatment needs (Thylstrup et al., 2009c: 205).

Formålet med forfatternes artikler er, at påvise nogle af de stadig kørende processer og diskussionspunkter der eksisterer i arbejdet med at udforme kvalificeret behandling af DD samt at

det en opfordring til alle om at bidrage til dette arbejde og denne proces. Et synspunkt de pointerer i en efterfølgende artikel, som svar på en kritik af Helge Waal, hvor Waal blandt andet mener, at den integreret behandling af DD personer, ikke er den eneste mulige optimale behandling (Thylstrup et al., 2009b).

Thylstrup et al. præsenterer i en tredje artikel anbefalinger i behandlingen af DD. Tidligere forskning i behandlingen af DD i 1980'erne tager ikke højde for problemstillingen med hensyn til personernes komplekse behandlingsbehov og senere studier påviser behovet for effektiv psykiatrisk behandling i kombination med misbrugsbehandling. Managed Care Initiative opstiller i 1998 en række anbefalinger til DD behandling, hvor der blandt andet nævnes langvarig behandling, behandlingsfokus med hensyn til graden af den psykiske lidelse, modtagelse af personer i behandling, uagtet hvor klar eller motiveret de end måtte være, mulighed for også at tilbyde behandling for særligt udsatte, såsom hjemløse, mv. Lignende behandlingsprincipper anbefales af Mueser et al. og Drake et al. (refereret fra Thylstrup et al., 2009c: 203).

Forfatterne påpeger udfordringerne forbundet med udviklingen af evidensbaseret forskning på DD området, fordi området er kompliceret, men også fordi der ikke er ensartethed i forskningsmetoderne og i kvaliteten af forskningsprocedurerne samt i dataopsamlingen. Dette skyldes til dels den store variation i behandlingsindsatserne og manglen på enighed om specifikke behandlingstiltag, fx gennem behandlingsmanualer. Forskningen indenfor DD behandling er hovedsagligt udført ved kvantitative forskningsmetoder, hvor Thylstrup et al. anbefaler, at der implementeres forskningsstrategier der også indeholder kvalitativ forskning, for derigennem at udvikle på eksisterende tilbud, men også udvikle nye tilbud (Thylstrup et al., 2009c).

Effekterne af en sammensat behandling

Der findes forskning som påviser positive effekter af misbrugsbehandlingen, hvor der anvendes en kombination af forskellige metoder: Målgruppen er stofmisbrugere og fokus er lagt på de hårdest ramte brugere og selv om der ikke direkte er fokus på DD personer, tillader jeg mig alligevel at bruge undersøgelsen til at nævne disse vigtige fund, da en del af de hårdt ramte brugere fra undersøgelsen sandsynligvis har en psykisk comorbiditet, som min opgave også peger på. Torsten Kolind (Kolind, T., 2007) finder, at der ved brug af udvidet psykosocial behandling som "tillæg" til

den almindelige metadonbehandling, samtidig med en mere direkte kontakt til en stofbehandler (case management), et koordineret samarbejde med relevante parter, adgang til et drop-in center, øget brugerdeltagelse og mulighed for alternativ indtagelse af metadon, sker en positiv effekt af behandlingen, som bringer brugerne i en positiv retning, både sundhedsmæssigt, socialt og psykisk. Der er alt i alt udtalt en større tilfredshed fra disse brugere som deltog i metadonprojektet (2002-2005), sammenlignet med brugere i almindelig metadonbehandling uden ovenfor nævnte psykosociale tiltag (Kolind, T. 2007). Med hensyn til en gennemgående primær kontaktperson til en stofmisbruger (case management), vil jeg ganske kort fremhæve konklusionen i Kolinds fund fra en anden artikel: Case management er bundet op omkring brugerdeltagelse og empowerment, og der bør derfor tages hensyn til individer med komplekse problemstillinger ud over deres stofmisbrug, hvorimod bedre fungerende personer i samme behandling synes at profitere af, at kunne deltage mere aktivt i egen behandling. Kolind et al. skriver derfor om dilemmaer i case management, hvorfor det anbefales at "skræddersy" en individuel behandlingsplan med henblik på det enkelte individs behandlingsbehov (Kolind, et al., 2009).

Om screeningsværktøjet i udredningen

Shahriyarmolki, K. og Meynen, T. foretager i 2013 en undersøgelse af 227 personer indskrevet i misbrugsbehandling og anvender et screeningsværktøj for psykiske lidelser. 72% af de adspurgte personer bliver fundet værende DD personer, hvor halvdelen af dem ikke er i behandling for deres psykiske lidelse, og 37% af de adspurgte har aldrig modtaget nogen form for psykiatrisk behandling. Deres undersøgelse peger også på, at de estimerede tal på indskrevne personer med DD er væsentlige lavere, end de viste tal efter screeningerne og begrundet det i, at medarbejderne på misbrugscentre ikke altid opdager disse psykiske lidelser ved den eksisterende udredningsprocedure.

En af konklusionerne i deres undersøgelse er, at det er realistisk og hensigtsmæssigt, at implementere en screeningsprocedure i det allerede eksisterende udredningsarbejde hos misbrugscentrenes medarbejdere. ... *the procedure adopted in this study demonstrates that if a screening procedure is developed "bottom-up" around the clinical dataset itself, information from within that dataset can be extracted to produce meaningful results* (Shahriyarmolki, K. og Meynen, T., 2013: 6).

KLs' intentioner fra 2012 om en screening, som led i en forbedret misbrugsbehandling, støttes dermed op af omtalte undersøgelse af Shahriyarmolki, K. og Meynen, T.

KL fremlægger i den forbindelse et politisk udspil, *en styrket misbrugsbehandling*, med 12 anbefalinger på misbrugsområdet og jeg peger direkte på anbefaling nr. 10, der har et særligt fokus på DD personer. KL lægger op til, at kommunerne foretager en basisscreening for psykiske lidelser, hvor anbefaling nr. 11 inviterer regionerne og almen praksis til at udrede og behandle den psykiske lidelse, samtidigt med misbrugsbehandlingen (KL, 2012a). KL udgiver i den forbindelse et basisscreenings værktøj for psykiske lidelser (spørgeskema), hvor det er medarbejderen i de kommunale misbrugscentre der udfylder og en læge, psykolog eller psykiater der vurderer (KL, 2012b).

Jeg vil hertil tilføje, at brugen af et screeningsværktøj i udredningen sandsynligvis vil medføre, at en ubehandlet psykisk forstyrrelse vil kunne opdages, men det fordrer samtidigt, at de enkelte kommuner/regioner kan tilbyde eller visitere personen til en adækvat behandling for DD personer.

Metode

Kvalitativ forskningsmetode

Jeg interviewer seks personer som er indskrevet i Bornholms misbrugsbehandling, Misbrugsområdet. Interviewene foretages i perioden oktober, november og december 2013.

Jeg anvender en kvalitativ undersøgelsesmetode med semi-strukturerede interviews. De semi-strukturerede interviews faciliterer en fleksibel spørgeform, hvor det dels giver mig mulighed for at stille specifikke spørgsmål og dels giver respondenterne vide rammer for at give svar. Jeg anvender en interviewguide med hovedspørgsmål med underliggende tillægsspørgsmål med det formål at sikre, at vigtige diskussionspunkter til brug for opgaven ikke bliver udeladt. Rækkefølgen af spørgsmålene er ikke af vigtighed, da jeg søger at lade respondenterne indgå i en dialog, som føles som en naturlig samtale, samtidigt med, at guiden sikrer, at jeg kommer rundt om de temaer jeg forud vælger. Interviewguiden afspejler i princippet vores (Misbrugsområdets) undersøgelsesprocedure, som er baseret på helhedssynet og indeholder derfor overordnede

spørgsmål om deres misbrugshistorik, tidligere og nuværende behandling, psykiske lidelser, deres syn på eget behandlingsforløb samt deres ønsker om den optimale behandling for dem.

Interviewguiden tillader desuden, at flere end en person kan udføre interviews, som i mit tilfælde, hvor jeg har en kollega til hjælp. Kopi af interviewguide er vedlagt som bilag.

Der anvendes en diktafon med den helt åbenlyse fordel, at kunne anvende informanternes eksakte udtalelser. Jeg transskriberer herefter optagelserne til senere analyse- og fortolkningsformål. Samtlige interviewpersoner er oplyst om, at samtalerne optages og at det er et nødvendigt redskab for at kunne gengive præcist, hvad de fortæller mig. Jeg tilbyder muligheden for at undlade optagelse for de, som måtte være utrygge ved at blive optaget på bånd, men ingen af de seks personer er imod.

Fire af interviewene varer ca. 45 minutter og de sidste to varer ca. 25 minutter. Tre personer er indskrevet i alkoholbehandlingen og de sidste tre er indskrevet i stofmisbrugsbehandlingen. De får alle tilbudt muligheden for at blive interviewet hjemme hos dem selv eller hos os, enten på mit kontor eller i Huset hos min kollega. Charlotte og Anders ønsker at blive interviewet hjemme, medens de resterende personer bliver interviewet hos os efter eget ønske, da de i forvejen har en aftale om enten medicinudlevering eller ambulans behandling.

Tanken er oprindeligt, at jeg vil interviewe alle personerne, men overvejer, at få bredde i mit undersøgelsesfelt, da min persongruppe hovedsagligt består af personer med et alkoholmisbrug. Jeg allierer mig derfor med en kollega i samme misbrugsteam til at udføre halvdelen af disse interviews. De personer min kollega interviewer er indskrevet i stofmisbrugsbehandlingen. Jeg har perifært kendskab til min kollegas borgere, dels via vores fælles teammøder og dels ved at have set og talt med personerne, når jeg kommer i Huset.

Alle personer vælges ud fra det overordnede kriterie, at de alle er indskrevet i vores behandling og der søges bevidst borgere med en dobbelt problematik, som beskrevet i introduktionen. Et andet kriterie er, at personerne er kendt for at have eller tidligere have haft en tilknytning til en psykiatrisk afdeling. Der er for nogles vedkommende udfordringer i at møde op til aftalte interview dage og der må derfor laves nye aftaler undervejs. Dette viser sig heller ikke at være et problem, da jeg arrangerer disse interviews i god tid i projektforsløbet.

Som en eftertanke ved udvælgelsen af respondenterne må det retfærdigvis nævnes, at min kollega og jeg efterfølgende drøfter vores grunde til at udvælge netop disse personer og at vi i vores underbevidsthed måske går efter de personer vi til dagligt kommunikerer godt med. Hertil har jeg undersøgt, hvorvidt der er en forskel i graden af tilknytning til psykiatrien, afhængig af, om borgeren er indskrevet i henholdsvis stof- eller alkoholbehandlingen. Der er lavet en analyse på landsbasis i forbindelse med M.U. Pedersens artikel fra 2013, hvor der er fundet, at over halvdelen af borgere registreret i alkoholbehandlingen (NAB: Nationale Alkohol Behandlingsregister) ligeledes optræder i det centrale psykiatriske forskningsregister, mens det kun gælder for 4 % af borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandlingen (SIB: register over Stofmisbrugere I Behandling).

Af de interviewede personer, som ikke har en diagnose, eller måske endnu ikke er blevet udredt af regionspsykiatrien til at få en sådan, forholder Misbrugsområdet sig til personernes egne beskrivelser af deres psykiske problemer og til hvordan de oplever deres situation og problematikker. For nogle borgeres vedkommende kan der være tvivl hos deres respektive læger, hvorvidt de skal have den ene eller den anden diagnose, da deres symptomer ligger i en medicinsk gråzone.

Bilagsrapport 2 finder også i deres undersøgelsesarbejde, ... *at grænsen mellem mentale helbredsproblemer og egentlige psykiske lidelser i nogle tilfælde kan være vanskelig at definere* (Bilagsrapport 2, 2013).

Kodning

Jeg koder herefter det transskriberede data. Ved kodning forstås en indeksering af de udsagn jeg ser gå igen på tværs af interviewene (Bryman, A., 2012: 575-578). Alan Bryman er professor i sociale forskningsmetoder og hans bog, *Social research methods*, anvendes i udstrakt grad som en "læringsguide" for forskere og studerende. Personligt, vælger jeg at printe mine interviews ud og bruger farvede overstregningspenne, hvor den samme farve bruges til et udvalgt tema/emne/særområde, hvilket gør det lettere senere i processen at finde frem til emnerne. Til sidst sorterer jeg i de mange emner og samler dem til større temaer, hvor det til sidst udmunder i

2 hovedtemaer. Hver for sig står de for mine 2 spørgsmål i problemformuleringen, som jeg hermed søger at få svar på gennem min undersøgelse.

Reliabilitet og validitet

I forhold til reliabilitet gennemgås samtlige interviews med informanterne. Dette er med til at sikre, at personerne har mulighed for at bekræfte eller ændre deres udsagn (Kvale & Brinkmann, 2009: 271-272). Validitet refererer til, om ens undersøgelse fører til gyldig viden: Om det er sandheden der kommer frem. Validering i kvalitative undersøgelser er et emne, som Kvale og Brinkmann beskriver ud fra forskellige positioner – herunder, at validitet handler om, hvorvidt en metode undersøger det, den har til formål at undersøge. Med hensyn til mine informanters udsagn, kan det være, at mine interviewpersoner ikke "siger sandheden" om de faktiske forhold ... *men udsagnene kan alligevel godt udtrykke sandheden om personens opfattelse af sig selv* (Ibid.: 2009: 278). Ligesom det er muligt, at mine informanter ikke afdækker en objektiv sandhed om det jeg vil undersøge, men det kan derimod godt føre mig til en gyldig viden om mine interviewpersoner (Ibid.: 2009: 278).

Med hensyn til objektiviteten i min undersøgelse vil jeg allerede nu erklære, at der er en grundlæggende antagelse om, at kvalitative undersøgelser er subjektive. Da jeg fortolker mine informanters udsagn ud fra den forforståelse jeg har, udfører jeg, ifølge Kvale & Brinkmann, en refleksiv objektivitet. *I hermeneutisk forstand kan vi kun træffe velinformerede domme for eksempel i forskningsrapporter på grundlag af vores fordomme, som sætter os i stand til at forstå noget* (Gadamer, 2004, citeret i Kvale & Brinkmann, 2009: 268).

Begrænsninger

Antallet af mine respondenter til indhentning af data er begrænset og derfor sårbart, set ud fra et generaliserings perspektiv. Det er derfor vanskeligt at anvende få personers holdninger til at gælde for alle i behandlingssystemet i Danmark, dog skriver Kvale og Brinkmann, at der er flere typer generaliseringer og skulle jeg pege på en af dem, ville min undersøgelse meget vel kunne falde ind under kriterierne for den analytiske generalisering. Den... *indebærer en velovervejede bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne af én undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation* (Kvale & Brinkmann, 2009: 289). Mine interviewpersoners udsagn og deres

oplevelse af egen situation korrelerer således med flere resultater fundet i dele af litteraturen jeg anvender som empiri og deres udsagn kan herigennem bekræftes på en generel plan.

Etiske overvejelser

Retningslinjerne samt de etiske overvejelser er drøftet og aftalt med min kollega forud for rekrutteringen af respondenterne. Bornholms Kommunes misbrugsbehandling fordrer sagsbehandlingsregler der skal følges, hvor tavshedspligten og de etiske retningslinier for god sagsbehandling er centrale. Vi udfører derfor interviewene med respekt og anerkendelse for den enkeltes situation og position.

En overskuelig måde at sikre mig, at væsentlige etiske forhold overholdes, er ved at anvende Diener og Crandall's (1978) fire opmærksomhedspunkter (Bryman, 2012:135):

1. Ikke at udsætte informanten for unødigt skade
2. Samtykke
3. Respekt for privatlivet
4. Ærlighed omkring projektet

Ad 1. Interviews med deltagerne giver ikke anledning til at forudse gener for dem. Personerne i behandlingen vil alle blive interviewet i et af misbrugsteamets lokaler og relationen – og i de fleste tilfælde tilliden - er allerede etableret ved deres oprindelige henvendelse.

Ad 2. Deltagerne er alle orienteret om min (og kollegas) allerede oplyst tavshedspligt, hvor brud på den kan medføre sanktioner i henhold til straffeloven. De bliver oplyst om, at deres anonymitet er sikret og at alle navne er fiktive. De fiktive navne bruges af hensyn til at levendegøre mine respondenter i analysen, frem for at bruge bogstaver eller tal.

Ad 3. Spørgsmålene i interviewguiden er møntet på respondenternes erfaringer i behandlingssystemet og eventuelle afledte emner som kan dukke op i samtalen vil ikke blive medtaget, hvis det kan give anledning til at personen kan blive genkendt i det færdige projekt.

Ad 4. I min rekruttering af interview-personer gøres det klart, hvad jeg ønsker at undersøge og hvilke hensigter jeg har med mit arbejde. Deltagerne tilbydes en kopi af den færdige masteropgave når den er klar, såfremt de ønsker det.

Analysemetode

Jeg anvender citater fra mine informanter til at belyse dynamikker i de udvalgte temaer og fortolker deres meninger ved anvendelse af en analysemodel af Steinar Kvale og Svend Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2009). Steinar Kvale (1938-2008) er internationalt anerkendt som en autoritet inden for kvalitativ forskning.

Kvale & Brinkmann giver i deres bog en oversigt over analytiske værktøjer og tilgange til analysen af interviewtekster. Jeg vælger udsagn, hvor mine respondenter beskriver deres oplevelser af deres situation. Ikke alene deres personlige situation i forhold til deres misbrugsproblematik med samtidig psykisk forstyrrelse, men også deres oplevelser af mødet med de forskellige behandlingssystemer. Med disse udsagn vil jeg gennem en analyse søge at besvare spørgsmålene i min problemformulering.

Kvale og Brinkmann beskriver en metode, hvor der anvendes 3 forskellige fortolkningskontekster: *Selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og en teoretisk forståelse* (Kvale & Brinkmann, 2009: 237).

Selvforståelse: Ved dette begreb menes, at jeg, som fortolker, formulerer mine interviewpersoners udsagn i en sammenfattet form (meningskondensering).

Fortolkningen er mere eller mindre begrænset til interviewpersonernes selvforståelse i form af en omformuleret kondensering af meningen med de interviewedes udsagn ud fra deres egne synspunkter, således som forskeren har forstået dem (Ibid.: 237)

Kritisk commonsense-forståelse: Dette begreb indbefatter, at jeg fortolker mine respondenters svar i en bredere forståelsesramme. Det vil sige, at min analyse kan være kritisk over hvad der bliver sagt, hvorved jeg fokuserer og uddyber enkeltdele af udsagnene. Der vil derfor forekomme en forståelsesramme der går ud over mine informanters egen.

Det bliver derfor muligt for mig at inddrage en generel viden om misbrugsbehandling i fortolkningen af et udsagn. Fx når jeg stiller spørgsmål om behandlingen bør ske samtidigt for begge forstyrrelser (misbrug + psykiske problemer) og jeg derved bruger udsagnet til at uddybe omkring de anbefalinger der gives fra forskellige organisationer.

Kritisk commonsense forståelse kan også give anledning til at fokusere på personen og jeg kan bruge et udsagn til at fortælle/fortolke noget om personen, fx hvad det fortæller om personen, når han udtaler, at samtidig behandling ikke er særligt vigtigt: Er han ligeglad?

Teoretisk forståelse: Denne kontekst rækker ud over mine respondenters selvforståelse og commonsense-forståelse, idet jeg anlægger en teoretisk ramme til fortolkning af udsagnene. Jeg kan således fx vælge at anlægge en teori om stigmatisering ved et udsagn om, at respondenter oplever forskelsbehandling i samfundet.

Jeg fortolker således udvalgte udsagn fra mine informanter med udgangspunkt i ovenstående forskellige perspektiver, for derved at kunne belyse mine temaer i analysedelen.

Min videnskabsteoretisk tilgang i opgaven er hermeneutisk, hvorfor det giver mening for mig at vende mig mod den hermeneutiske meningsfortolkning. Jeg anvender mere præcist den filosofiske hermeneutik, som jeg indledningsvis beskriver i min analysedel.

Analyse

Jeg anvender hermeneutikken som en epistemologisk position, dvs. som en måde, hvor jeg søger en mening bag ordene, både fra tekster og fra mine informanter. Det hermeneutiske videnskabsideal er af den opfattelse, at videnskaben skal være fortolkende og ikke årsagsforklarende. Ordet kommer af det græske ord "hermeneuein" og betyder forstå, fortolke, tyde (Jacobsen, et al, 1999).

Jeg anvender udtalelser fra mine informanters oplevelser og erfaringer fra deres møde i behandlingssystemerne til min analyse. Deres forståelse af deres situation er en fortolkning af det de oplever. Ud fra min fortolkning af deres udtalelser, vil jeg undersøge de sammenhænge der er mellem deres oplevelser og mit teoretiske og praktiske grundlag. Bryman skriver om denne

dobbelte fortolkning med det tredje lag af fortolkning, hvor min samlede undersøgelse inkluderer mine valgte teorier og litteraturtekster:

There is a double interpretation going on: the researcher is providing an interpretation of others' interpretations. Indeed, there is a third level of interpretation going on, because the researchers' interpretations have to be further interpreted in terms of the concepts, theories and literature of a discipline. (Bryman, 2012: 31).

Hermeneutikken er en videnskabsretning der i modsætning til positivismen accepterer fortolkninger, fordi en videnskab der beskæftiger sig med mennesker og samfund adskiller sig fra videnskab der beskæftiger sig med naturen. Mine interviewpersoner har *meninger*, det har naturen ikke, derfor vælger jeg at fortolke og forsøge at forklare disse meninger, som har en betydning for de menneskelige og samfundsmæssige forhold jeg observerer.

Bryman nævner modsætningen mellem positivisme og hermeneutik:

... the epistemological clash as being between positivism and hermeneutics (Bryman, 2012: 28).

Hermeneutikken er, generelt og oprindeligt, defineret som kunsten at fortolke og formidle tekst og tale, som ikke er umiddelbar forståelig, fx på grund af sproglige, historiske eller kulturelle afstande. Hermeneutikken er derfor *... kendt som en metodelære for de såkaldte fortolkningsvidenskaber, fx teologi, jura, filologi¹ og historie* (Jørgensen, A., 2009: 11).

Hans Georg Gadamer og den filosofiske hermeneutik

Der er således flere retninger af hermeneutikken. Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik har en tilgang til fortolkning der afspejler relationsarbejdet i mit fag og som jeg vil bruge i min undersøgelse. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er en betydningsfuld filosof og grundlæggeren af den filosofiske hermeneutik. I sit værk, *Wahrheit und Methode* fra 1960, kritiserer han den traditionelle hermeneutik for dens objektive tilgang. Ifølge denne tilgang, skal man, for at forstå en tekst korrekt, følge en objektiv metode der forhindrer ens forforståelse eller fordomme i at indgå i processen. Gadamer's filosofi er, at man opnår en bedre forståelse af en tekst ved, at man åbner sig: At man er modtagelig for andres synspunkter og meninger.

¹ Sprogvidenskab

Understanding a text is not guaranteed by the controlled application of an objective method, but by one's opening oneself to the message of the text (Kush, M., 2002: 242).

For at forstå Gadamer's åbenhed i relationen er det nødvendigt at tale om den hermeneutiske cirkel. Da der ikke er oversat meget af hans tyske værker til dansk, anvender jeg blandt andet Jacobsen et al's udlægning af Gadamer's filosofiske hermeneutik i deres bog *Videnskabsteori* (Jacobsen, et al., 2004).

Den hermeneutiske cirkel

I hermeneutikken er begrebet *den hermeneutisk cirkel* central. Min opgave er, som tidligere nævnt, baseret på en undersøgelse baseret på interviews, teorier og empiri.

I interviewsituationen har jeg en forståelse, som hviler på min samlede livserfaring. Det inkluderer bl. a. også mine erfaringer ved tidligere samtaler med borgere i Misbrugsområdet. På den anden side har jeg mine informanternes forståelse af deres aktuelle situation. Dette indebærer således to forskellige fortolkninger af samme situation. En hos den som fortolker og forstår (mig), og en anden hos den som bliver fortolket og forstået. Gadamer pointerer, at når man opnår en ny forståelse af det sagte, bliver det hermed velkendt hos en selv ... *den bliver til en ny fordom eller en ny forståelseshorisont* (Jørgensen, A., 2009: 16).

Gadamer anvender udtrykket forståelseshorisont, som har den betydning, at der i enhver fortolkningsmæssig sammenhæng, eksempelvis i en dialog, vil optræde flere forskellige forståelseshorisonter – de der siger noget og dem der forsøger at forstå det sagte.

En forståelseshorisont er noget som mennesket hele tiden opbygger og udvikler og som man hele tiden befinder sig midt i. Forståelseshorisonten kommer af de erfaringer man gør sig i livet. Det være sig når man befinder sig blandt mennesker, når man taler med dem og når man taler om det man tænker. Forståelsen bør opbygges i en cirkel, hvor man forsøger at bevæge sig frem og tilbage i mellem hinandens forståelseshorisonter.

Gadamer taler også bevidst provokerende om forståelseshorisonten som fordomme. I forståelseshorisonten er ens livserfaringer opsamlet og fungerer som fremadrettet forventninger (Jacobsen, et al, 2004: 169).

I bogen *Hans-Georg Gadamer* af Arne Jørgensen beskrives *forståelsen* som en væremåde, noget ontologisk. At man som person opnår ny forståelse i dialogen og at det fører til en ny forforståelse eller fordom, som Gadamer kalder det og som igen kan ændres i en uendelig proces.

Det er ikke muligt at akkumulere erfaringer og blive klogere og klogere på os selv og verden. Det er dette vekselvirkningsforhold, Gadamer kalder den hermeneutiske cirkel (Jørgensen, A., 2009: 16).

Jeg oplever, at enkelte informanter ikke oplever (forstår) bestemte situationer som modsvarer mine forventninger (fordomme, som Gadamer ville kalde dem). Jeg overraskes, så at sige, over nogle af deres svar, da mine forventninger er bundet op af min problemformulering og min forforståelse af mine informanters situation. Gadamer's fremstilling af forståelsen viser, at når min forforståelse/fordom forhindrer, at jeg kommer videre, så må min forståelseshorisont åbnes og overskrides. *Det er sandheden om den sag, man diskuterer, det handler om, ikke om hvorvidt ens eget synspunkt vinder* (Jacobsen, B., et al, 1999: 171).

Det vil derfor være i den filosofiske hermeneutiks ånd, at jeg i arbejdet med analysen vil være i stand til at udvide min forståelseshorisont.

Analyse af interviews

Der er vedlagt et bilag med en præsentation af mine 6 interviewpersoner med en kort beskrivelse af deres baggrundshistorie samt aktuelle situation. Jeg fremstiller hermed 2 temaer, som hver især repræsenterer de 2 spørgsmål i min problemformulering.

1. Kontinuitet og sammenhæng

I dette tema vil jeg forsøge at besvare tillægsspørgsmålet til min problemformulering først: *Og hvordan oplever disse personer deres egne behandlingsforløb?*

Det forekommer mig kontroversielt, at der trods de bedste intentioner ikke kan oparbejdes et sammenhængende behandlingstilbud, hvor den indskrevne person får en oplevelse af kontinuitet i sit forløb på tværs af de forskellige instanser. Som jeg tidligere har beskrevet, eksisterer der en betydningsfuld mængde litteratur med anbefalinger om den bedst tænkelige behandling(er) for DD personer. Uagtet om den samlede behandling skal ske i kommunalt regi eller i

regionspsykiatrien – og gerne fulgt op af en social indsats -, er der enighed om at behandlingen, optimalt set, bør være integreret, og hvis ikke, parallelt eller i det mindste, sekventielt.

Regioner og kommuner har udarbejdet sundhedsaftaler for 2011-2014 på seks obligatoriske indsatsområder, og Bornholm har indgået en aftale med Region Hovedstaden om et samarbejde på tværs af kommune og regionspsykiatrien (Sundhedsaftale: www.sundhedsstyrelsen.dk). Dette, for ikke lade patienten falde mellem 2 stole. Alligevel oplever mine interviewpersoner ikke et samarbejde.

Arbejdsgruppe 2 under regeringsudvalg om psykiatri fra 2013 beskriver i deres rapport udviklingen over tiåret 2001-2011 i psykiske lidelser samt udviklingen i indsatsen over for personer med psykiske lidelser, herunder behandling, som er mit fokus. Arbejdsgruppen inddrager en række forskellige kilder, bl.a. data fra eksisterende publikationer. Om min målgruppe nævnes blandt andet:

Behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats, hvis denne komplicerede patientgruppe skal håndteres rigtigt. Der er tale om en patientgruppe, der er særlig skrøbelig og hvor man ikke kan forvente, at de selv kan varetage koordinationen.

Litteraturen anbefaler en integreret behandlingsindsats, hvilket foregår få steder i dag. Der ligger således en stor opgave i at få tilrettelagt denne behandling bedst muligt, både hvad angår indførsel af evidensbaserede metoder og hvad angår samarbejde og koordination (Bilagsrapport 2, 2013: 200).

Så hvordan oplever mine informanter med DD afviklingen af deres egen behandling? Charlotte har i flere tilfælde gennem årene forsøgt at blive behandlet for sin psykisk forstyrrelse:

C: Det er simpelthen det grundlæggende... det er min udredning (for det psykiske). Mit alkoholmisbrug er det sekundære.

Charlotte oplever ikke den ønskede sammenhæng i behandlingen. Hun er overbevist om, at hendes voldelige ægteskab har udløst en form for PTSD hos hende, som leder til hendes alkoholmisbrug. Ved et af hendes alkohol døgnbehandlingsophold taler hun med den tilknyttede psykolog i håb om at blive udredt/behandlet:

C: Men, så har jeg snakket med psykologen om... oppe i døgnbehandlingen... og han siger, neeej. Du er det mest psykisk robuste menneske jeg har truffet. Så tænkte jeg... nåh, ok (griner), så... det er hans vurdering, så...

På sin anden alkohol døgnbehandling, som angiveligt har fokus på DD personer og reklamerer med det på deres hjemmeside, udtaler Charlotte sig følgende:

C: Det andet sted jeg var i døgnbehandling, var der en psykolog der kom i en lang læderfrakke i sin sportsvogn. Så kom jeg ned i kælderen, hvor han har konsultation, hvor jeg var blevet udvalgt til at snakke med ham i kun 10 mn. Han sagde: "Dig! Du fejler sgu ikke en skid – du skal bare op og stå igen... op på hesten igen... nej, du fejler ingenting". Men det har jeg altså fået at vide: "Du fejler ikke noget".

Charlotte bringer endnu et par eksempler på negligeringen af hendes mistanke på en psykisk forstyrrelse, og i hendes tilfælde ser jeg en manglende opmærksomhed på en potentiel psykisk forstyrrelse, når hun er i misbrugsbehandling – særligt med tanke på, at hun er på et sted der profilerer sig på ekspertise på DD området.

Jeg kender Charlotte gennem et par år via min kontakt med hende i den ambulante behandling og det er mit indtryk, at Charlotte er et velfungerende og intelligent menneske, som også ræsonnerer rationelt. Hun reagerer ej heller med vrede over, at hun ikke tages seriøst, men tager til genmæle ved at læse relevant litteratur om hendes symptomer, for at blive klogere på sig selv.

Dennis har været i seks døgnbehandlinger for sit stofmisbrug og angsten han må leve med kommer ikke i fokus i behandlingen:

D: Fordi når jeg kom i døgnbehandling for mit stofmisbrug, så var det altid det der blev fokus på. Og jeg har ikke selv talt om angst, eller om Afrika (som udsendt soldat), eller andet... så har det været misbrug der har været fokus på. Så selv om de skriver på hjemmesiden at de er gode til dobbeltdiagnose og sådan, så har de ikke set en dobbeltdiagnose hos mig.

Det er måske også mig der har ansvaret for at sige det, men på det tidspunkt troede jeg ikke... jeg troede, at jeg havde det skidt i hovedet på grund af stofferne.

Dennis giver udtryk for, at hans angst – en lidelse som faktisk holdt ham indespærret i sit eget hjem i 1½ år – ikke opdages i en eneste af de mange udredninger før behandlingerne. Ydermere forvarer han behandlingsstederne, fordi han ikke selv nævner sin angst. Dennis tilhører en målgruppe der har behov for en særlig opmærksomhed og Bilagsrapport 2 påpeger, at man ikke

kan forvente, at de selv kan tage initiativet (Bilagsrapport 2, 2013). Et behandlingstilbud som kan matche behandlingsbehovet er afhængigt af, at eventuelle psykiske lidelser opdages. Dennis udredes til gengæld af en psykolog i forbindelse med sin ansøgning om førtidspension:

D: Ja, jeg fik 15 x 1 times samtale med en psykolog, hvor der blev lavet en 12 siders rapport... og jeg blev meget overrasket over, at jeg kunne genkende det alt sammen.

- "Hvad fik du besked på efter den psykolograpport?"

D: Der stod blandt andet det med, at jeg havde en personlighedsforstyrrelse og en angst...

- "Den udredning du fik i forbindelse med pensionen... blev du henvist bagefter til en psykiater eller til Psykiatrisk Center (regionspsykiatrien)?"

D: Nej...

Jeg vil skynde mig at indskyde, at det er en almindelig procedure på Jobcentre, at der forinden en førtidspension udredes for muligheder for at forblive tilknyttet arbejdsmarkedet. I dette tilfælde skal psykologen således vurdere i forhold til Dennis' muligheder for at kunne indgå på arbejdsmarkedet og vurderingen er således kun til brug for sagsbehandleren og dennes udredning i forhold til bevilling af førtidspensionen. Igen ville intentionerne om vidensdeling på tværs af kommune og region kunne komme borgeren til gavn, såfremt denne oplysning blev anvendt i misbrugsbehandlingen. Jeg vil ikke her gå ind på, hvem der burde være ansvarlig for at løfte opgaven, men at det i dette tilfælde ville kunne komme Dennis til gode. Dennis udtaler følgende, da han spørges om, hvad der skal til for at hjælpe ham i hans behandling:

D: Jeg skal have noget langvarigt... der først... skal tage mig ud af min medicin. Det er nr. 1! Når jeg er kommet ud af den, så må vi se... så må det blive i en døgnbehandling... for jeg kan ikke være clean og gå i gang med at tale om angst. Får så får jeg tilbagefald og det er det der er sket hver eneste gang. Så jeg tror jeg skal i en eller anden form for misbrugsbehandling, hvor de har tilknyttet psykiater og psykolog... øh... psykoterapeuter... der så kan tage sig at det, som pensions psykologen skrev om.

Dennis giver klart udtryk for, at han også ønsker at få behandling for sin psykiske lidelse – et sammenhængende tilbud. Dette bekræfter anbefalingerne om at sikre et individuel tilpasset behandlingstilbud for den enkelte borger, da målgruppen er heterogen. Kommunikationen spiller også her en vigtig rolle, da standard procedurerne kan forhindre en fleksibilitet i udformningen af en behandlingsplan.

Erik kommet først i vores metadonbehandling for 2 år siden efter en morfinbehandling i 2003, som medfører et illegalt sidemisbrug af samme stof. Erik har en angst med panikangst anfald og er nu i medicinsk behandling på Psykiatrisk Center, men vejen dertil har taget flere år. Eriks stædighed med at blive behandlet for sin invaliderende angst resulterer i, at han endelig henvises af egen læge til Psykiatrisk Center.

Erik beskriver sin oplevelse af sit første møde med Psykiatrisk Center:

E: ... og så fik jeg en henvisning fra min læge til Psykiatrisk Center, og... ja, jeg fik først afslag fra Psykiatrisk Center, fordi de mente ikke at min læge havde prøvet nok...

Efter en ny henvisning:

E: Jeg fik lov til at komme på psykiatrisk afdeling og kom til at snakke med en reservelæge og de kunne godt se, at det var en stor opgave de havde fået... men der var så mange ting... han vidste ikke hvor han skulle starte hen... med alle mine problemer... altså de var jo i en stor pærevælling. Det var min angstproblem, mine hverdagsproblemer og de satte mig i gang med ny medicininform... medicintyper, som jeg skulle prøve... og det virkede ikke... og så følte jeg, at han ligesom blev irriteret over... altså han så mig som en irritation... så, nu er jeg blevet hooked på de Stesolider.

Erik fortæller detaljerigt om sine ivrige forsøg på at blive hørt i psykiatrisk regi, da angsten dominerer hans liv. Han oplever nærmest at være i vejen, selv om han følger anvisninger fra lægen. Erik er på det tidspunkt ikke i kommunal misbrugsbehandling, men der gøres, i følge Erik, ikke forsøg på at henvise til misbrugsbehandling under det årelange forløb. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at læger i psykiatrisk regi bør være opmærksomme på den eventuelle forekomst af samtidigt stofmisbrug og at der ved svære psykiske lidelser bør foretages lægelig behandling samt misbrugsbehandling i psykiatrisk regi (Sundhedsstyrelsen, 2008b). I realiteten tilføres Erik yderligere et afhængighedsskabende stof (Stesolider). Der bliver derfor ingen sammenhæng i behandlingen, som i dette tilfælde henholder sig stringent til en medicinsk behandling for angsten og ikke sideløbende for misbruget.

Erik fortæller om lægen:

E: Ja... han sagde til mig ved flere samtaler, at vi to ved jo, at du nu er afhængig af Stesolider. Jeg sagde, ja, jeg er afhængig, men jeg køber dem jo ikke på gaden, så jeg har ikke et side-misbrug. Jeg spiser den dosis der står på pakken og er i gang med nedtrapning nu, så...

Med hensyn til Eriks' syn på behandlingen af angsten, fortæller han:

E: *Ja, jo, jeg spurgte ham (læge på Psykiatrisk Center) om jeg ikke skulle... at det ikke var den måde jeg så en psykisk behandling på. Jeg troede ikke vi skulle sidde og diskutere om mit misbrug (af Stesolid)... jeg troede vi skulle lave den der hvor han graver dybt i mine tanker... og... jamen, altså, han var...*

...

Så sagde han, det gør man kun med nogle mennesker, fordi nogle gange, så blev det værre for en person... nogle gange blev det bedre... så, det ville han ikke. Så, nåh, ok, ja.

Der ligger i Eriks svar et ønske om at få en psykoterapeutisk behandling uden brug af Stesolid, hvor han forestiller sig samtaler med en psykiater. Lige nu er Erik ved at blive trappet ud af sin Stesolid-afhængighed, uden at der foreligger en plan for en alternativ behandling af angsten, der sandsynligvis vil dukke op til overfladen igen, når virkningen af medicinen helt ophører. Erik fortæller om, at han måske får mulighed, gennem Jobcenteret, for at tale med en psykolog i forhold til hans tilknytning til arbejdsmarkedet:

E: *Og jeg håber, at hvis jeg kommer til den person, at han kunne knipse med fingrene, sådan!*

Erik har tilsyneladende et spinkelt håb om, at Jobcenterets psykolog kan fjerne hans angst ved et mirakel. Igen, som i Dennis' tilfælde, er der ikke tale om en eksplicit angstbehandling for Erik, men om en generel udredning i forhold til at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet. Danske Regioner taler om at overtage den samlede behandling (misbrug + psykiatrisk behandling) og overlade den sociale indsats til kommunerne (Danske Regioner, 2012), mens kommunerne, gennem KL, taler for, at misbrugsbehandlingen bør blive i kommunerne, da den socialfaglige del er inkorporeret i behandlingen, men at regionerne bør løfte opgaven med hensyn til behandlingen af de psykiske lidelser (KL, 2012a). Disse pingpong udmeldinger om, hvem der bedst kan varetage opgaven, gavner ikke tanken om sammenhæng og kontinuitet, da borgerens samlede forløb alligevel ender med at være delt mellem 2 systemer, uanset hvilke anbefalinger fra de 2 institutioner der end måtte følges.

En enkelt af mine interviewpersoner, Fie, giver udtryk for at have en psykisk lidelse, men som aldrig bliver behandlet, da hun vælger at hemmeligholde sit misbrug – også over for sin familie og egen læge. Selv nu, hvor hun er i substitutionsbehandling med metadon:

F: *Jeg tror jeg er rigtig god til at lade som om det går skide godt.*

- "At du har en facade?"

F: Ja! Det er jeg god til... Så det kan være svært for andre at se, at jeg har det rigtigt skidt.

Fie kommer ved et tilfælde, i en sen alder, langsomt ind i et afhængighedsforhold til illegal metadon, som hun har brugt til at berolige sig selv med efter traumatiserende oplevelser. Fie udtrykker at have en psykisk lidelse i form af PTSD og at hun i mange år også har lidt af nervøs spiseforstyrrelse, som hun i stressperioder stadig plages af.

Om ikke at være blevet tilbudt samtidig behandling:

F: Jamen, det var jo fordi det var meget hemmeligt... Ja, jeg fortalte slet ikke nogen jeg tog metadon. Det var virkelig pinligt for mig. Også da jeg kom her i Huset, det havde jeg det også skidt med.

(Om egen læge): Ja, jeg kunne ikke være ærlig over for ham på grund af de mennesker dengang og det var for farligt – lige meget hvem, så sagde jeg ikke noget om det.

Jeg bruger Fie's udsagn til at illustrere, at det ikke er usædvanligt, at stof- og alkoholmisbrug ofte er forbundet med følelser af skam og skyldfølelse og at personen derved vil undlade at lade andre komme for tæt på. Når det forsøges skjult og personen samtidig har en psykisk lidelse, vil et tilbud om samtidig behandling ikke blive realiseret.

Fie udtrykker forbedring af hendes ellers tillukkede og hemmelige privatliv ved at være kommet i Huset siden 2005:

F: Ja, altså, jeg skal jo ikke ud at lede efter stofferne nu, så det jo rigtigt godt jo... Det betyder, at man kan slappe lidt mere af. Det er jo enormt stressende at tænke, hvor fanden skal jeg skaffe det? Og jeg kan skide godt lide at komme her og snakke med de andre og sådan (Husets brugere og personalet).

Men hvem løfter opgaven for at komme det stykke videre i Fie's behandlingsforløb og i så fald, hvilken indsats skal der til?

Birgitte Thylstrup har et godt bud i sit paper til KL, *God social misbrugsbehandling*. Thylstrup omtaler socialt orienterede interventioner, som via en sagskoordinator/case manager kan støtte klienten i at opnå en bedre tilværelse ved at se på udækkede behov, som fx ubehandlede fysiske og psykiske sygdomme. Her indgår blandt andet tidlig opdagelse af potentielle problemer, der kan udfordre klientens bedringsforløb, samt etablering og koordinering af kontakt til relevante samarbejdspartnere der varetager andre behandlingsydelser, såsom hospitaler, herberger, beskæftigelsesindsats (KL, 2012c: 10). Thylstrup henviser til forskningen, der påviser øgede

chancer ved anvendelse af sagskoordinator/case manager af blandt andre Hesse M. et al.,2007 (KL, 2012c).

Om sammenhæng i behandlingen, siger Fie:

F: Jeg tror jeg skulle have været indlagt. Det tror jeg faktisk... et sted hvor der både er en psykiater og en til at tage sig af mit misbrug.

Et ønske der illustrerer 2 eller flere indsatser i den samlede behandling for Fie. I realiteten er det måske ikke nødvendigt at tænke døgnbehandlingsophold for at få opfyldt kravet om et sammenhængende tilbud. Dette ville også kunne realiseres ved at tænke i holistiske baner i form af en helhedsorienteret indsats, men mine informanternes udsagn tyder på, at de ikke oplever det på tværs af det 2-delte behandlingssystem (misbrug og psykiatri). Det helhedssyn, hvis anvendt efter dets oprindelige betydning, ville kunne afstedkomme den ønskede kontinuitet og sammenhæng i behandlingen for DD personer.

Jeg drages af 2 informanternes udsagn der bliver behandlet parallelt for begge deres forstyrrelser, når jeg stiller dem spørgsmålet om de ville have foretrukket behandlingen som integreret (samtidig på samme sted).

Anders svarer:

A: Ved ikke rigtigt... måske ikke i samme hus, men hvis man kan møde forståelse. En psykiater skal vise forståelse for alkoholmisbrug og en alkoholbehandler vise forståelse for psykiske sygdomme... indsigt i det psykiatriske.

Anders ser her en sammenhængende behandling for ham, med forudsætning i behandlingspersonalets uddannelse. Han giver udtryk for, at han ikke har noget imod, at behandlingen foregår på hver sit sted, blot hans samlede situation forstås af begge instanser. I rapporten fra SUS, *Vidensbase – Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*, drages resultater fra undersøgelser og studier i udlandet der peger på, at der er behov for kompetenceudvikling blandt de professionelle omkring indsatsen for mennesker med dobbeltproblematik, både inden for misbrugsbehandlingen og i psykiatrien (SUS, 2011: 35). Altså, at borgeren/patienten kan blive forstået i begge systemer.

Min anden informant, Bent, bor på et midlertidigt botilbud, efter at have været i medicinsk og ambulante behandling på Psykiatrisk Center. Bent har en invaliderende socialfobi, angst samt hører

stemmer. Han modtager ambulantly behandling for sit alkoholmisbrug, men giver ikke udtryk for at have behov for en integreret behandling.

B: *Da jeg boede alene, var det kun druk venner der kom... nu har jeg ligesom fået en familie, hvor jeg føler mig tryk.*

- "Nu, hvor du er i botilbud – er det med til at holde din angst og uro nede?"

B: *Ja. Man kan altid komme i kontakt med personalet. Dag eller nat. Der er altid 2 på vagt om natten, så den ene kan komme op til mig, hvis jeg har brug for det. For at snakke eller få NADA (beroligende øre akupunktur)... det beroliger mig også.*

Indledningsvis undres jeg over Anders' og Bents' udsagn om, at de ikke efterlyser integreret behandling. Det skyldes min forforståelse som oprinder fra litteraturen på området, der peger på den type behandling som værende den optimale og jeg går derfor ud fra, at mine respondenter vil give udtryk for en mangel i deres behandling.

Ved deres udsagn ser jeg i et bredere perspektiv, hvordan et sammenhængende tilbud også kan se ud for mennesker med behov for behandling. Birgitte Thylstrup giver i indledningen i sit paper en anbefaling der kunne være det tilbud, som Bent beskriver. Thylstrup taler om, at: ... *imødegå den manglende trivsel og sociale marginalisering, som klienter oplever. Det drejer sig altså om forbedring af livskvalitet, og det drejer sig om social inklusion i almindelige sociale, kulturelle, økonomiske og politiske aktiviteter* (KL, 2012c: 3).

Bent giver nemlig klart udtryk for, at han trives i miljøet på botilbuddet og den daglige støtte han får og profiterer af, ville sandsynligvis ikke kunne imødekommes på en travl psykiatrisk afdeling.

2. Jeg er også et menneske

Dette tema søger at besvare den første del af min problemformulering: *På hvilken måde påvirkes borgere, med et misbrug af rusmidler og psykiske problemer der modtager stof- og/eller alkoholbehandling, når behandlingen er opdelt i to adskilte systemer?*

Min målgruppe udsættes ofte for stigmatisering. Der er også tale om en slags kamp for at blive set og hørt og ikke mindst anerkendt som de personer de er. Hvilket er særligt svært i relation til den vanskelig tilværelse de fører.

Jeg vil følgende påvise, ved mine informanternes udtalelser, hvilke oplevelser og tanker de gør sig om ovenstående og jeg vil hertil tillægge det min forståelse og min fortolkning af det. Et punkt jeg senere vil bringe til perspektivering er, om en stigmatisering og en manglende anerkendelse af personerne jeg interviewer kan have en indflydelse i deres behandlingsforløb og dermed sætte barrierer for, at et sammenhængende tilbud kan komme i stand.

Anders går i ambulant psykiatrisk regi med medicinsk behandling og samtaler for paranoid skizofreni og følger sideløbende en ambulant misbrugsbehandling for alkohol.

A: *Jeg er også et menneske*, er Anders' udsagn, da jeg spørger ham:

- "Hvad kunne hjælpe dig i behandlingen, når du fortæller, at du både har et misbrug og en psykisk lidelse?"

A: *At man skal have en følelse af, at blive taget seriøst. At man husker der gemmer sig en person bag... Jeg er også et menneske. Jeg er ikke bare en diagnose eller en alkoholiker... Øhh... At man bliver styrket i de ting man er god til og kan... At man som behandler husker, hvad man ellers har i sit liv, ellers bliver alting bare alkohol og psykisk sygdom og det er livet jo ikke kun.*

Jeg forundres i første omgang over hans svar, da jeg forventer forslag til bedre behandling. Ved eftertanke er det anerkendelsen af ham, som person, der er på spil. Honneth fortæller, at anerkendelsen søges i de sociale relationer personen indgår i og hvis Anders oplever, at det udelukkende handler om den rene behandling, vil hans selvværd og selvtillid svækkes (Nørgaard, B., 2005).

Anders taler om at blive styrket i hvad han er god til og kan. Honneth omtaler denne relation med andre mennesker som selvtilliden, der synes at mangle i Anders' relation med behandlingspersonalet. Selvtilliden er et af de 3 sfærer i Honneths' anerkendelsesteori, som Anders synes at efterlyse (Ibid.).

Anders beder om, at man husker, at der gemmer sig en person bagved. Honneth anvender begrebet usynlighed om anerkendelse og usynligheden kommer til udtryk, når personen negligeres i sin egenskab som menneske. Anders fortæller indirekte, at han ikke blive set som menneske og at al relation med behandlingspersonalet alene handler om hans diagnoser og ikke om, hvordan han er som komplet person.

Charlotte taler om en krisesituation, hvor hun søger om hjælp:

C: *Ja... efter min skilsmisse. Da havde jeg det skide dårligt og drak meget. Jeg kan tåle ufatteligt meget, men så ringede jeg til døgnplejen og bad dem om at komme, for jeg følte mig så suicidal. Så kom de... og så kørte de mig til psykiatrisk afdeling og de spurgte mig, om jeg ville indlægges. Det sagde jeg ja til, at jeg tror det er nødvendigt. Så var jeg dér i 4 dage, men der var ingen der talte rigtigt til mig... der var ikke tid til at tale med en psykiater. Det var kun lige da jeg blev indlagt, at jeg talte med en psykiater. Og så var der ikke mere og så blev jeg udskrevet efter 4 dage.*

Charlotte bliver ikke hørt og hendes livskrise med skilsmisse tages ikke op. Hun er stærkt påvirket af alkohol ved indlæggelsen, selv om hun kan svare for sig, men hendes henvendelse følges ikke op en samtale med en læge på stedet eller ved en eventuel senere aftale med psykiatrien eller en henvisning til egen læge. Dette styrker Danske Regioners rapport om, at forskellige undersøgelser viser, at folk med psykiske lidelser bliver underbehandlet både på det psykiatriske og det somatiske område og at stigmatisering meget vel kan være en central årsag dertil (Danske Regioner, DSI og SFI, 2010).

Charlotte ankommer påvirket af alkohol på den psykiatriske afdeling og mødes måske med en ligegyldig holdning om, at personen selv er ude om det. Måske personalet ikke magter at skulle have besvær med en beruset person eller der kan være tale om en berøringsangst for den målgruppe. Læge Brandt har set og oplevet denne berøringsangst flere steder i distriktspsykiatrien i de 30 år han har fungeret som læge på samme steder (Brandt, P., 2005). Det kan undre mig, at der efter flere dages indlæggelse, hvor Charlotte formodes at være blevet ædru i mellemtiden, ikke tilbydes en opfølgning på sin henvendelse. Jeg spørger ind til det:

- "Fik du foretaget en undersøgelse?"

C: *Nej, overhovedet ikke!*

- "For mig at se, så lyder det som om du hverken fik foretaget test, undersøgelser eller andet?"

C: *Nej, man kan kalde det psykiatrisk svigt.*

- "Kan du så fortælle mig, hvad der kunne have hjulpet dig?"

C: *At få håndteret det at miste.*

Charlottes appel om hjælp overses på grund af hendes ankomst i synlig beruset tilstand. Hun er tydeligvis i krise, som følge af et voldeligt ægteskab og efterfølgende skilsmisse, men hendes muligheder for en undersøgelse forsvinder ved indtagelse af alkohol. Goffman ser på

stigmatisering som den sociale interaktion, som finder sted mellem stigmatiserede og såkaldt "normale" mennesker. Goffman er interesseret i, hvordan stigmatiseringen opstår, hvorledes stigmatiserede mennesker håndterer sig selv og deres stigma i den sociale samhandling med andre mennesker og hvorledes disse håndteringer påvirker den stigmatiseredes oplevelse af sig selv (Stigma, 2009: 19-20).

Charlottes' håndterer sig selv ved at resignere over for behandlingspsykiatrien, da hun accepterer situationen ved ikke at blive udredt eller undersøgt. Men hun resignerer ikke betingelsesløst, hun adapterer sig til sin situation:

- "Har du henvendt dig til Psykiatrisk Center igen?"

C: Nej, det har jeg ikke. Nej, det var ligesom overstået. Jeg var kommet videre... Og så havde jeg læst meget psykologi for mig selv, altså... på grund af at der var et eller andet der ikke var rigtigt. Så jeg har læst en hel bunke psykologi bøger og selvbiografier og teorier... om selvhypnose... så det har jeg virkeligt.

Efter at Charlotte oplever at blive ignoreret (stigmatiseret) af den psykiatriske afdeling, påvirker det hendes oplevelse af sig selv. Goffman taler her om "den gode tilpasning", hvor den stigmatiserede person præsenterer et selvbillede eller en identitet som normal: Charlotte taler om selv at klare skærene og vil læse sig til, hvad hun ellers har bedt psykiatrien undersøge hende for. *Den stigmatiserede opfordres til at handle på en sådan måde, at det virker, som om den byrde han må bære, ikke er særlig tung, og at den heller ikke har gjort ham forskellig fra os andre* (Stigma, 2009: 24).

Dennis er bruger i Huset og han starter relativt sent i livet med at tage stoffer. Han er i sine unge år en velfungerende og fysisk aktiv person:

D: Det var i '89-'90 jeg var udsendt (som FN soldat). Da jeg kom hjem var jeg i fysisk træning og drikkede kun meget sjældent. Fandt også ud af... før jeg mødte min kone... at det var meget nemmere at score damer kl. 04 om morgenen, når man selv var ædru (griner). Jeg sniffede heller ikke speed som 17-18 årig, som de fleste af mine kammerater gjorde. Jeg røg heller ikke hash, ligesom de gjorde... altså, der havde jeg min sport. Da jeg kommer hjem fra Afrika, så går der 5 år og så dør min far.

Dennis beskriver stolt sig selv som en normal person med sunde interesser. Noget forandrer ham pludseligt og det er faderens død. En arbejdskollega introducerer ham til kokainen, som han bruger som selvmedicinering/sorgbearbejdelse:

D: Min makker kalder mig ned i kælderens, hvor vi går hen til toilettet og hvor han giver mig en streg kokain. Første gang jeg prøver det, så forsvinder alle mine sorger – som dug for solen... jeg er faktisk hooked på det kokain med det samme.

... Det er dér mit misbrug starter, selv om det reelt ikke er et misbrug. Når man kigger tilbage, så er det ligesom dér det starter, fordi... jeg har heller ikke talt med andre om, hvor meget det her det tynger mig (sorgen over faderens død).

Dennis er ikke den typiske stofmisbruger, som statistisk set prøver stoffer i en ung alder eller som barn og herefter udvikler et misbrug der er livslangt. Dennis udsættes for den sorg der er forbundet med faderens død i en voksen alder og i socialforvaltningernes dialektik omtales det som en *social begivenhed* – en livshændelse, hvor det kan forventes, at personen skal have støtte til at komme videre. Dennis finder støtten i kokainen, med de konsekvenser det har: Hans ægtefælle kræver skilsmisse efter 18 års samliv og Dennis får besøgsret til sine børn. Den øvrige familie ses kun sporadisk og Dennis' eksisterende netværk findes nu blandt brugerne i Huset, hvor han er kommet de sidste 7 år.

D: Lige nu, frygter jeg Julen (interview foretaget i december 2013), fordi jeg nok ikke kan være sammen med mine børn. Og jeg kan ikke komme i kontakt med min eks-kone, da hun aldrig svarer på mine henvendelser.

Bourdieu's begreb kapital og de 3 kapitalstørrelser omhandler de egenskaber og ressourcer personen har. Jo stærkere en kapital man har, des bedre chancer har man for at kunne klare sig i samfundet. Dennis er forud for sit misbrug en person med kone, børn, familie og gode relationer med arbejdskolleger og besidder således en sund social kapital. Bourdieu omtaler ganske vist til, at den sociale kapital referer til, at personen har tilknytning til en specifik gruppe, fx en adelig slægt, men i min optik er en velfungerende baggrund i form af sunde familierelationer og et godt netværk af ikke misbrugende venner og bekendte en ressource.

Med hensyn til den økonomiske kapital, så har Dennis forinden sit misbrug, også de nødvendige midler, da han tjener gode penge via dobbelt arbejde:

D: *Jeg havde dobbelt job på det tidspunkt og jeg var også blevet gift på det tidspunkt, og vi havde fået 2 børn... øhh, der dobbelt jobbede jeg om sommeren, fordi jeg havde så meget afspadsring fra forsvaret af, på grund af øvelser om vinteren, efterår og forår, så jeg kunne være i Tivoli en masse timer om sommeren som kontrollør.*

Dennis fortæller desuden om en god opvækst i en normal familie, en god skolegang og en påbegyndt videregående uddannelse:

D: *Jeg læste også til pædagog dengang og sådan...*

Bourdieu beskriver dette som den kulturelle kapital, der tillader: ... *at kunne begå sig i samfundets magtfelt, at have adgang til den kulturelle kapital i dens objektiverede form (bøger, teorier, teknikker)* (Järvinen, M., 2007: 352).

Konsekvenserne af Dennis' tab af sin far resulterer langsomt i, at hans kapitaler svækkes på alle fronter, hvor han til sidst befinder sig i en marginaliseret position. En position, hvor han nu er bruger i Huset og hvor de andre brugere i Huset efterhånden udgør hans eneste netværk.

Gennemgående gælder det, at brugerne af Huset ingen netværk har, udover hinanden. De kommer til medicinudlevering og mødes over en kop kaffe ved den daglige åbningstid. Fra tid til anden arrangeres fælles arrangementer i form af udflugter eller fællesspisning omkring højtider med personalet, hvilket er meget populært blandt brugerne.

Bourdieu definerer begrebet felt som det netværk og det samspil der er mellem aktørerne i det felt de befinder sig i. Bourdieu ser ikke samfundet som én størrelse, men bestående af felter eller sociale rum. Huset fremstår som det struktureret socialt rum, hvor der hersker indbyrdes regler, som de enkelte brugere har fastsat. I dette felt foregår der en kamp om kapital og magt. Bourdieu taler om kampen om anerkendelse som helt fundamental i menneskeligt samvær (Järvinen, M., 2007).

Goffman nævner tilfælde, hvor individer som voksne opdager, at de tilhører en stigmatiseret gruppe. *Den erfaringsfase, hvori vedkommende lærer, at han har et stigma, bliver særlig interessant, eftersom han i dette tidsrum sandsynligvis vil blive kastet ud i nye forbindelser med andre, der har det selv samme stigma* (Stigma, 2009: 77).

Dennis kommer dagligt i Huset og får herigennem den sociale kontakt med både ligesindede og med behandlingspersonalet. Sidstnævnte personer får, ifølge Goffman, en særlig relation til Dennis og de andre brugere. Goffman kalder personer i den professionelle rolle som: ... *de kloge,*

det vil sige personer, som er normale, men hvis specielle situation har medført, at de er blevet intimt fortrolige med den stigmatiseredes hemmelige liv og er sympatisk indstillede over for dette... (Ibid.: 69).

Diskussion og perspektivering

I relation til sammenhæng og kontinuitet i behandlingen

Jeg foretager en kvalitativ undersøgelse, som tager udgangspunkt i en videnskabsteoretisk tilgang der er afledt af hermeneutikken: En metode jeg anvender til at fortolke mine interviewpersoners oplevelser og erfaringer. Lidt simplificeret, så lytter jeg til det de forstår, om det de oplever og jeg fremlægger mine konklusioner, som er afledt af den forståelse jeg har, om det de siger. Jeg anvender hermed specifikt Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik i processen, da den tillader min forforståelse i at indgå i fortolkningen af mit datamateriale, hvorimod den traditionelle hermeneutik vidt muligt forholder sig til at indtage en objektiv tilgang til fortolkningen (Kush, M., 2002). Jeg vil tilføje hertil, at ved at anvende Gadamer's filosofiske hermeneutik, opfylder det samtidigt essensen i den anerkendende tilgang, som fordres i kommunikationen med andre mennesker – især med de, som har et særligt behov for at blive hørt (Nørgaard, B. 2005). Mine informanter har et misbrug af rusmidler og psykiske forstyrrelser og er indskrevet i alkohol- og stofbehandling på Bornholm. Det er værd at bemærke, at der er forskelle i målgruppen, da klienter i henholdsvis alkohol- og stofbehandling er forskellige fra hinanden med hensyn til tyngden af deres problematikker og behandlingsindsatserne.

Mine fund viser, at mine informanter ikke er i en integreret behandling og at de i deres sideløbende behandlinger ikke oplever, at der er en sammenhæng og en kontinuitet. Nogle af mine interviewpersoner er således i adskilte behandlinger, andre igen, får kun behandling for deres misbrug, uden at deres psykisk lidelse behandles. Omtalte personer er beskrevet i litteraturen som værende en patientgruppe der er særlig skrøbelig og det kan således ikke forventes, at de selv kan varetage koordinationen mellem kommune og region.

Som medarbejder i misbrugsbehandlingen på Bornholm oplever jeg, at der er vilje hos Misbrugsområdet og Psykiatrisk Center til at indgå i en dialog for at imødekomme særlige behandlingsbehov for personer med DD, men der findes endnu ingen formaliseret og

standardiserede samarbejdsprocedurer og behandlingen foregår hovedsagligt sekventielt og har oftest ingen sammenhængsværdi for borgeren.

Kommunal social- og sundhedschef Inge Kristensen er helt aktuelt at læse i en kronik i Berlingske Avis af 6. august 2014. Inge Kristensen kritiserer, at koordination og sammenhæng for borgeren ikke er en del af velfærdens DNA og at der derfor stadig falder mange mellem flere stole, når de har mest behov for hjælp.

I dag bliver den enkelte borger fanget mellem de forskellige lovgivningsområder. Paradoksalt nok er det de borgere, der har størst behov, som skal igennem de fleste kringelkroge i de forskellige lovgivninger (Kristensen, I., 2014).

Det er de tendenser jeg er vidne til, når flere af de borgere jeg servicerer i Misbrugsområdet fortæller om deres oplevelser.

Publikationer, offentlige debatter og diskussioner fra de 2 mest fremherskende institutioner på området - Danske Regioner og Kommunernes Landsforening – peger ligeledes på en sammenhængende behandling med den kontinuitet borgeren fortjener, om end de fører en kamp om, hvor disse personer bør behandles: I kommunalt regi eller i den regionale psykiatri. Behandlingen i dag opleves stadig delt af min målgruppe, selv om der fra politisk side udvises vilje om sammenhængende behandling gennem sundhedsaftaler, hvor kommuner og regioner forpligter sig til tværsektorielt samarbejde.

Anvendelsen af evidensbaseret viden udgør en krumtap i begge institutioners anbefalinger om en kvalificeret behandling, også for den koordineret og sammenhængende behandling, men hvilke forhold udgør barrierer for dette tiltag? Det er ikke realistisk at forestille sig, at man fx blot kan indføre en integreret behandling i kommunalt regi eller tilbyde misbrugsbehandling i konventionel forstand på psykiatriske afdelinger. Traditioner og kulturelle forskelle i behandlingstilgangen vil hertil kræve en betydningsfuld omlægning af organisationsstrukturerne, før en ensretning af behandlingen kan blive mulig. Herefter vil man skulle vælge og implementere evidensbaserede behandlingsmetoder for DD personer, men hvilke vil man bruge?

Adskillige forskningsundersøgelser påviser den positive effekt af den integrerede behandling og der findes mange evidensbaserede metoder. Det synes derfor kontroversielt, at den viden ikke omsættes til praksis i vores eksisterende behandlingssystemer. Nogle af de centrale årsager hertil

fremgår af konklusionerne på flere undersøgelser af behandlingsmuligheder for DD personer, nemlig at en stor del af forskningen er udført i udlandet. Det er derfor ikke givet, at disse metoder vil virke i Danmark. Andre studier med fokus i behandlingen af DD viser, at der er behov for yderligere forskning (se bl. a. Thylstrup, B. et al., 2009c). Implementering af evidensbaseret viden er vigtig, men den udgør kun en brik i et puslespil, hvor andre betydningsfulde brikker som finansiering, praktiske forhold med hensyn til udførelsen af behandlingen, præferencer i patientgruppen og politiske dispositioner også skal passe ind. Alle disse brikker skal indgå i overvejelserne og passe sammen, før en beslutning om at implementere en bestemt behandling kan ske.

I relation til stigmatisering og anerkendelse

Jeg har en hypotese om, at stigmatiseringen og den manglende anerkendelse af personerne i min målgruppe er medvirkende til at vanskeliggøre et sammenhængende behandlingsforløb. Med hensyn til stigmatisering er min målgruppe, i særdelshed personerne indskrevet i stofbehandlingen, synlig i samfundet. Jeg viser også, at der foregår en form for tilpasning til situationen, hvor mine interviewpersoner ikke får den hjælp de efterlyser. I stedet for at "bukke under", accepterer en af disse personer situationen og bruger i stedet sin energi på at læse sig til de symptomer hun har og blive klogere på sig selv. Hun er ikke kureret, men viser det omkringliggende normalsamfund, at hun, trods sin psykiske forstyrrelse, er normal. Goffman ville sige, at hun skjuler sin stigma for omverden.

Personerne i min målgruppe skiller sig ud på flere måder i deres generelle adfærd. Goffman omtaler et stigmas synlighed og dets "bekendthed". *Når et bestemt individs stigmas synlighed er meget påfaldende (synligt) bliver hans stigma bekendt, så snart han kommer i kontakt med andre* (Stigma, 2009: 90). Når jeg påstår, at min målgruppes stigma kan influere på deres muligheder for at få den behandling der anbefales, hænger det sammen med de oplevelser mine interviewpersoner har: At de har svært ved at blive hørt. Litteraturen beretter tillige om sundhedsvæsenets berøringsangst i forhold til min målgruppe, både fra sygehuse og psykiatriske afdelinger. Fra egen praksis støttes min påstand om stigmatisering af de erfaringer, som mine kolleger i støttekontaktperson gruppen (SKP) gør sig. Deres hovedopgave består i at støtte marginaliserede borgere, typisk med en misbrugsproblematik og stigmatiseringen kommer særligt

til udtryk i mødet med sundhedsvæsenet. I sundhedslovgivningen er det grundfæstet, at der er fri og lige adgang til behandling, men nogle gange må SKP personen, på borgerens vegne, insistere på fx en undersøgelse, hvilket etisk, menneskeligt og lægeligt burde tilbydes dem på lige fod, som til den øvrige patientgruppe i normalsamfundet.

Min målgruppe har knappe kapitaler og feltet min målgruppe befinder sig er udsat. Kapital og felt er begreber fra Bourdieu og fortæller, i meget forkortet udgave, om deres begrænsede ressourcer, og om de dynamikker der foregår i det samfundslag de befinder sig i. Set i bakspejlet, er det ikke lykkedes mig i tilstrækkeligt omfang at inddrage Bourdieus' begreb habitus i min opgave i relation til mine interviewpersoner, da disse forhold ikke eksplicit er indeholdt i min interviewguide.

Habitus relaterer til personens sociale baggrund, som kan være præget af forskellige problemer, såsom seksuelt misbrug, omsorgssvigt og misbrugende forældre. Habitus dannes mellem forældre og barn. Jeg vælger alligevel at omtale Bourdieus' begreb habitus i teoriafsnittet, da personens opvækstvilkår i større grad anvendes i udredningsfasen på misbrugscentre og derfor kan have betydning for hvilken indsats der skal ydes.

Et kendetegn for marginaliserede personer, som min målgruppe udgør er, at de har svært ved at blive anerkendt. Honneth taler om, at normalsamfundet helst undgår dem og at personen herigennem får en svækket selvværd og selvagtelse. Det fremgår flere steder i mine interviewanalyse, at der ikke bliver lyttet til borgerens ønsker og forudsætninger, hvilket giver personen en følelse af nederlag.

Jeg er stødt på 2 kontroversielle fund, som jeg slutteligt præsenterer: 2 af mine respondenter udtaler tilfredshed med deres adskilte behandlinger, på trods af min forforståelse om, at koordineret og sammenhængende behandling er bedst. Men i anerkendelsesoptikken giver det god mening. Begge personer bor på botilbud, hvor de oplever, at personalet har en anerkendende tilgang til dem, hvilket styrker deres selvværd og selvtilid. Personerne tages alvorligt og der tages udgangspunkt i deres umiddelbare behov for en snak, når de har brug for det. Det kan tyde på, at en anerkendende tilgang i er af overordentlig vigtighed og at svaret ikke alene ligger i et evidensbaseret integreret behandlingstilbud.

Opsummering

Mit fokus i masteropgaven har været borgeren med et stof- og/eller alkoholmisbrug med samtidig psykisk lidelse. Jeg har beskrevet de nuværende behandlingsmuligheder for stofbehandlingen, alkoholbehandlingen og den psykiatriske behandling, for at synliggøre de forskelle og ligheder der er mellem behandlingssystemerne. Jeg har hertil anvendt forskellig empiri for at tydeliggøre omfanget og vanskelighederne forbundet med min målgruppe (DD personer) samt påvist anbefalinger i forskningslitteraturen om adækvat behandling for målgruppen. Jeg har herefter foretaget en diskussion af de forhold der vanskeliggør en integreret behandling, når behandlingssystemerne er adskilte.

Jeg har gennem interviews med personer i henholdsvis stof- og alkoholbehandlingen fundet, at disse personer ikke modtager den ønskede sammenhæng og kontinuitet i deres behandlingsforløb. Jeg har hertil forsvaret min hypotese om, at en stigmatisering og en manglende anerkendelse af personerne i min målgruppe præger dem på flere måder og sætter barrierer for deres medvirken i egen behandling. Jeg har vist, at det ofte har resulteret i dårligere behandlingsforløb samt ringere behandlingseffekt.

Kildekritik

Udvælgelsen af mine interviewpersoner sker på et meget begrænset grundlag, da jeg på rekrutteringstidspunktet ikke har mange klienter med DD indskrevet i alkoholbehandlingen. Klientgrundlaget på Bornholm er begrænset og jeg har derfor allieret mig med min kollega i stofbehandlingen for at udvide min datakilde. Jeg omtaler i afsnittet om metode, at min kollega og jeg formentligt har udvalgt vores interviewpersoner, ud fra den gode kontakt vi i forvejen har med dem.

Det farver forventeligt deres udsagn, idet de kender baggrunden for min undersøgelse og fornemmer, at det er en problematik jeg vil undersøge og er derfor "medgørlige". Jeg forsøger dog vidt muligt i analysen, at henholde mig til de objektive facts vedrørende deres behandlingsforløb. To af mine respondenter modtager adskilte behandlinger for deres misbrug og psykisk lidelse og er tilsyneladende tilfredse med parallelforløbene. Problemet er, at de begge bor på et botilbud, hvor de får massiv pædagogisk støtte. Det slører sandsynligvis deres udsagn om, hvorvidt en samlet behandling havde hjulpet dem. Jeg får derfor ikke svar på, om en integreret behandling havde

været bedst for dem, da de begge føler sig trygge på botilbuddet via den nære pædagogiske kontakt. De føler sig heller ikke alene (uden netværk), som hovedparten i misbrugsgruppen oftest er.

Jeg ser desuden et problem i, at teoretikerne Erving Goffman, Axel Honneth og Pierre Bourdieu, som jeg anvender i relation til stigmatisering og anerkendelse af min målgruppe, ikke stammer fra primær litteratur. Deres teorier bliver oversat og fortalt/fortolket af andre forfattere og deres udlægninger kan derfor afvige fra teoretikernes oprindelige tanker. Desuden er ingen af teorierne specifikt udviklet til min målgruppe, som er personer med DD.

English summary

Substance abuse and mental illness

- Dilemmas in treatment of both disorders

I work at the Alcohol & Drug Treatment Centre of Bornholm in Denmark, where we provide counseling and treatment for individuals seeking treatment.

Up to 60 % of our citizens have psychiatric disorders, e.g. depression, ADHD, social phobia or anxiety along with their substance abuse. These individuals are dually diagnosed (DD) and will often need treatment for both problems. Scientific research supports simultaneous (integrated) treatment, but in practice, the recommended treatment is divided between two authorities and treatment systems. Governmental institutions carry out the psychiatric treatment, while the treatment of drug- and alcohol abuse is a municipal task. These two systems differ in treatment traditions and cultures, and therefore the coordination of treatment for DD persons is often a challenge.

My aim in this thesis is to describe the actual possibilities of treatment for individuals with a dual diagnosis in Denmark. My objective is to explore how it affects a group of citizens with DD in the municipal treatment service, knowing that the treatment services are separated.

My findings show that most of my informants do not receive integrated treatment for both disorders. They are in separated treatment courses without any coordination between them and a few of them receive no psychiatric treatment, although they have mental illnesses. I present two hypothesis: The first relates to the integrated treatment for DD persons and why it is seldom practised: Structural and political issues as well as economical circumstances play a part on this matter. Furthermore, in several cases, the evidence-based knowledge on treatment for DD is still in need of further assessment, which gives issues on which treatment to choose.

My second hypothesis is that citizens with SUD are stigmatized and are in need of being accepted and acknowledged as the persons they are. Theoretical positions as described by Honneth, Goffman and Bourdieu show that persons with deviated live courses are stigmatized and as such are susceptible to neglect themselves as normal individuals. Stigmatization and the overall lack of acceptance from society as such results in a low self-esteem amongst persons with DD and can be the barriers that inhibit them from participating in a coordinated treatment course that entangles both disorders in the treatment.

Litteraturliste

Bedre Psykiatri Ungdom, *Hvad er stigma – en definition*,

<http://www.bp-ungdom.dk/til-paaroerende/vidensbanken/paaroerendepakken/tabu/definition-af-stigma.aspx>

Bilagsrapport 1 (2013), *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur*, Afrapportering fra arbejdsgruppe 1 under regeringens udvalg om psykiatri

Bilagsrapport 2 (2013), *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*,

Bjergborg, M. (2005), Naboråd – en vej til samvær i lokalsamfundet, *Tema: Misbrug*, Bladet Socialpsykiatri nr. 3, s. 8-11

Brandt, P. (2005), Misbrug af rusmidler blandt mennesker med sindslidelser, *Tema: Misbrug*, Bladet Socialpsykiatri nr. 3, s. 6-7

Bryman, A (2012), *Social research methods*, 4th edition, Oxford University Press Inc., New York, United States

Bækbo, M. (2012), *Kampen om klienterne*, Stofbladet nr. 20, s. 144-149

Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Det Nationale Forskningscenter For Velfærd (SFI) (2010), *Stigma og psykiske lidelser*

Danske Regioner (2012), *To diagnoser – et menneske: En faglig og effektiv misbrugs-behandling*

Goffman, E. (2009), *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*, 2. udgave, Narayana Press, Gylling

Hagensen, P. et al. (2010), *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats*, artikel udgivet af Socialt Udviklingscenter SUS

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen (2002), *Den offentlige indsats på alkoholområdet*

Jacobsen, et al. (2004), *Videnskabsteori*, 2. udgave, 3. oplag, Nordisk Forlag A/S, København

Johansen, K.S.(2012), *Fra psykiatri til stofmisbrug – og tilbage igen*, Stofbladet nr. 20, s. 92-101

Jørgensen, A. (2009), *Hans-Georg Gadamer*, Forlaget ANIS, Frederiksberg

Järvinen, M. (2007), Pierre Bourdieu, redigeret af Andersen, H. og Kaspersen, L.B., *Klassiske og moderne samfundsteorier*, 4. udgave, Hans Reitzels forlag, København, s. 345-366

Kolind, T. (2007): Form or content: The application of user perspectives in treatment research. *Drugs: Education, prevention and policy*, 14(3): 261-277

Kolind, et al. (2009), Dilemmas when working with substance abusers with multiple and complex problems: the case manager's perspective, *Int J Soc Welfare*, nr. 18, s. 270-280

Kommunernes Landsforening (KL) (2012a), *En styrket misbrugsindsats*

Kommunernes Landsforening (KL) (2012b), *Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen*, - Screeningsværktøj, Inspiration til yderligere screening, Inspiration til organisering af screeningen

Kommunernes Landsforening (KL) (2012c), *God social misbrugsbehandling - hvad virker og hvad kan der gøres*

Kristensen, I. (2014), Social- og sundhedsområdet er ude af takt, *Berlingske*, 6. august, 1. sektion, s. 25

Kush, M. (2002), Obituary Hans-Georg Gadamer (1900-2002), *History of Psychiatry*, 13, s. 241-243, Printed in England

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009), *InterView – Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, 2. udgave, 6. oplag, København

Nørgaard, B. (2005), *Axel Honneth og en teori om anerkendelse*, Tidsskrift for Socialpædagogik, nr. 16, s. 63 - 70

Pedersen M.U. (2013), Misbrug af rusmidler og psykiatri: Indsatser på tværs, *Det kommunale sundhedsvæsen*, redigeret af Pedersen, B. M. og Petersen, S. R., Hans Reitzels Forlag, København, kap. 10, s. 205-223

Servicestyrelsen (2009), *Den sociale stofmisbrugsbehandling*, del 2, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, København

Shahriyarmolki, K. & Meynen, T. (2013), Needs assessment of dual diagnosis: A cross-sectional survey using routine clinical data, *Drugs: education, prevention and policy*, Early Online, s. 1-7

Statens Institut for Folkesundhed, SDU (2012), *Alkoholbehandling i kommunerne*, rapport for lægeforeningen

Sundhedsstyrelsen (2008a), *Kvalitet i alkoholbehandling- et rådgivningsmateriale*
Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, København

Sundhedsstyrelsen (2008b), *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*

Sundhedsstyrelsen, *Sundhedsaftaler 2011-2014*,
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2011-2014>

Socialstyrelsen (2013), *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug*, Odense C

Socialt Udviklingscenter SUS (2011), *Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*

Sønderby, L. (2011), *Dobbelt diagnose – dobbelt behandling? - 200 år med psykiske lidelser og rusmidler i psykiatrien*, Stofbladet nr. 17, s. 32-41.

Thylstrup, B. et al. (2009a), Treatment effect and recovery – dilemmas in dual diagnosis treatment, *Nordic studies on alcohol and drugs*, vol. 26, s. 552-560

Thylstrup, B. et al. (2009b), Dialogue on DD treatment measures complexity as a road to meaningful simplicity, *Nordic studies on alcohol and drugs*, vol. 26, 567-571

Thylstrup, B. et al. (2009c), Dual diagnosis and psychosocial interventions - Introduction and commentary, *Nord J Psychiatry*, vol. 63, no. 3, s. 202-208

Lovgivning

Lov om Social Service (Serviceloven) Nr. 573 af 24. juni 2005

Sundhedsloven Nr. 546 af 24. juni 2005

Præsentation af interviewpersoner

Interview 1: Foretaget 20. september 2013, varighed 40 min. og 30 sek.

Anders er 41 år og indskrevet i Alkoholbehandlingen. Interviewet foretages hjemme hos ham. Misbruget er alkohol. Anders har diagnosen paranoid-skizofreni og får den stillet for ca. 20 år siden. Han bor lige nu i en separat bolig i en boligkompleks der huser personer med særlige fysiske, psykiske eller sociale problemer. Det er tale om et midlertidigt ophold i boformer efter servicelovens § 107.

Han bliver dengang indlagt på Bornholms Psykiatrisk Center ved hjælp af sin familie, da han ligger apatisk i sin seng i mange dage. Han er inde og ude af afdelingen i flere år, både den åbne og den lukkede afdeling, og bliver svært medicineret med blandt andet antipsykotisk og angstdæmpende medicin. Anders finder relativt tidligt ud af, at alkoholen hjælper ham i situationer, hvor han skal ud af huset eller være sammen med andre. Til gengæld giver efterveerne af alkoholen ham også dybe dyk i humøret, hvor han bliver deprimeret og gemmer sig på sit værelse i flere dage.

Anders kommer reelt først i alkoholbehandling mange år efter, da han udskrives fra Psykiatrisk Center og efter anbefaling fra centeret. Efter pres fra familien og hjælp fra praktiserende læge får Anders desuden ny psykiater, da Anders og familien mistænker medicinen for at fastholde ham i de kriser han kommer i. Hans medicin bliver gennem et par år reduceret væsentligt og han tilknyttes ambulans ved Psykiatrisk Center med månedlige samtaler med psykiater samt kognitive samtaler med en sygeplejerske hver 14. dag. Anders får det gradvist betydeligt bedre og kan klare flere ting på egen hånd. Fra Psykiatrisk Center anbefales et ambulans alkoholbehandlingsforløb, som Anders følger i perioder hos mig siden 2008. Anders fortæller, at denne vekselvirkning mellem behandlingerne i Psykiatrisk Center og Misbrugsområdet gavner ham og han er i dag i stand til at komme ud på egen hånd og drikker ikke i lange perioder, men vil stadig have mulighed for at drikke socialt i sjældne tilfælde. Lige nu er Anders og hans forlovede skrevet op til egen bolig, hvor det allerede er aftalt, at Anders vil få den nødvendige støtte i form af ugentlige besøg af pædagogisk personale i deres nye bolig.

Interview 2: Foretaget 23. september 2013, varighed 24 min. og 14 sek.

Bent er 51 år og indskrevet i Alkoholbehandlingen. Interviewet foregår på mit kontor. Misbruget er alkohol. Bent er diagnosticeret for 18-20 år siden med angst og uro og han hører til tider stemmer. Sidstnævnte opstår især i relation til eksessiv alkoholindtag og det er hans afdøde fars stemme han hører. Fortæller, at han nogle gange må kigge ud af døren for at se om faderen står der - så virkeligt høres stemmen. Disse oplevelser skræmmer og foruroliger ham meget.

Bent bor også i § 107 bolig fra samme boligkompleks som Anders fra interview 1, men de kender ikke hinanden.

Bent bruger alkoholen til at dæmpe sin angst, som nærmere kan betegnes at være en social fobi. Han kan dårligt gå ud at handle uden at han føler sig observeret og han bliver nervøs ved at komme ud. Han har for flere år siden udvist aggressiv adfærd, såsom at komme i slagsmål på værtshuse og har i enkelte tilfælde overfaldet sagesløse på sin vej, uden at det har resulteret i legemsbeskadigelse.

Bent har været indlagt akut 64 gange på Psykiatrisk Center til afrusning samt efterfølgende udredninger, men har i hele perioden kun været i ambulans medicinsk behandling, som i dag består af kontrolbesøg ca. 1 gang om måneden. Bent benytter sig til gengæld dagligt af samtaler med personalet (sygeplejersker og pædagoger) i sin § 107 bolig, som hjælper ham med at få sat struktur på hverdagen. Han er blevet henvist til alkoholbehandling i Misbrugsområdet.

I dag er Bent medicineret med antipsykotisk præparater, Truxal og benzodiazepiner pn mod uro. Han hører sjældent stemmer, da han undgår at drikke over 7-8 øl, som han ved er grænsen til at blive sat i gang til at drikke hæmningsløst, hvor han kan komme op på 30-40 alm. øl på en dag. Lige nu arbejder Bent med at holde en pause fra alkoholen i 12 måneder, da han risikerer at miste sit job i kommunalt regi, som han er meget glad for (arbejder i et plantage projekt).

Interview 3: Foretaget 5. december 2013, varighed 44 min. og 49 sek.

Charlotte er 57 år og er indskrevet i Alkoholbehandlingen. Samtalen foregår hjemme hos hende, da hun lider af hoftedysplasi og er dårligt gående. Hendes generelle helbredstilstand kræver

massiv medicinering, som ikke er relateret til psykiatrisk behandling. Misbruget er udelukkende alkohol, men Charlotte har for ca. 30 år siden eksperimenteret med forskellige stoffer, såsom kokain, i forbindelse med fester og lignende. Der foreligger ingen diagnose, men Charlotte har en solid antagelse om, at hun har PTSD efter et langvarigt ægteskab med en psykisk voldelig ægteemand.

Charlotte gennemfører 2-3 døgnbehandlinger forskellige steder, men bliver afvist af de tilknyttede psykiatere og psykologer, med henvisning til, at hun er mentalt velfungerende og at det kun er alkoholmisbruget der skal behandles.

Charlottes teori om sit alkoholmisbrug er, at hun primært bruger alkoholen som smertebehandling for sin ryg/hofte lidelse, men at den også hjælper hende, når hun får det psykisk dårligt.

I dag er Charlotte førtidspensionist med en fortid som administrerende direktør i flere firmaer og er netop vendt tilbage fra sin seneste døgnbehandling. Hun får støtte i hjemmet og følger en ambulans efterbehandling i Misbrugsområdet med månedlige samtaler.

Interview 4: Foretaget 4. december 2013, varighed 39 min. og 50 sek.

Dennis er 46 år og er indskrevet i stofmisbrugsbehandlingen. Misbruget er heroin som hovedstof og bruger ellers kokain, amfetamin og hash og starter sit misbrug relativt sent som 30 årig, dvs. 16 års misbrug. Dennis har 2 udeboende voksne børn og 1 barn med samværsordning og bor alene. Han interviewes i Huset af min kollega. Han er fra 2006 i substitutionsbehandling med Metadon og kommer til samtaler hos anden behandler i Huset.

Dennis har en diagnose som er personlighedsforstyrrelse relateret til intimitet og nærhed og har en diagnose på angst. Det er kontroversielt at Dennis i løbet af sine misbrugssår ikke tilbydes psykiatrisk udredning, men at begge diagnoser stilles i forbindelse med hans ansøgning om førtidspension, hvor der foretages en psykologundersøgelse med dertil hørende rapport.

Bliver dog medicinsk behandlet for angsten med benzodiazepiner af læge i Lænkeambulatoriet i en periode, men ambulatoriet er nu lukket siden maj 2013 på Bornholm og han kommer i stedet i ambulans kognitiv behandling i Huset, ved siden af sin substitutionsbehandling. Dennis fortæller, at samtalerne med behandleren hjælper ham mod angsten og at han også støttes økonomisk via

Huset og kommunen til at gå til motion for at tabe sig efter eget ønske (fortæller, at han har taget meget på i vægt grundet han var bundet til hjemmet af angsten og ikke kom ud i månedsvis).

Interview 5: Foretaget 27. januar 2014, varighed 44 min. og 27 sek.

Erik er 36 år og interviewes i Huset af min kollega. Eriks misbrug starter som 16 årig og består hovedsagligt af hash. Har også prøvet lightergas, amfetamin i en periode og rygeheroin i et enkelt tilfælde. Erik har angstdiagnose og får typisk panikangst med indlæggelser på hospital og Psykiatrisk Center som følge.

Får i periode Stesolider, Truxal, mv for at dæmpe angsten.

Nogle af disse anfald af angst bevirker, at han tror han vil dø og må hele tiden mærke efter pulsen flere steder på kroppen dagen og natten med, hvilket udvikler sig til tvangshandlinger i lang tid efter panikangsten (1½ år). Erik undersøges af en læge, som anbefaler misbrugsbehandling.

Erik tager aktuelt ikke stoffer længere og er nu i substitutionsbehandling med Metadon siden 2012, hvor han også modtager social behandling. Han har afsluttet en medicinsk nedtrapning af Stesolider på Psykiatrisk Center, da han erklæres at være blevet afhængig af den ordinerede Stesolid, men får nu i stedet antidepressiv medicin i form af lykkepiller mod angsten (Eriks udsagn).

Interview 6: Foretaget 19. februar 2014, varighed 24 min. og 6 sek.

Fie er 52 år og interviewes i Huset af min kollega. Fies misbrug er udelukkende Metadon siden hendes debut i 2005. Dengang bruger Fie Metadonen illegalt ved køb hos venner og bekendte. Fie er en person der hæger om sit privatliv og fortæller ingen om sit misbrug, ej heller til sin ægte mand, som hun ellers bor sammen med.

Fies baggrund er, at hendes mand på et tidspunkt tilhører en gruppe rockerrelaterede personer og udsættes for flere drabsforsøg. Fie forklarer, at hun en dag efterfølgende er alene hos en kammerat, der tilfældigvis tilbyder hende Metadon til at berolige sig med. Herefter sker det hver 2. dag, for til sidst, at hun selv går ud og køber det på det illegale marked til dagligt brug. Alt imens intensiveres angrebene på hendes familie, hvor de til sidst flytter anonymt til Bornholm.

Fie henvises i 2005 af egen læge til behandling i Huset, Misbrugsområdet, hvor hun siden den dag er i Metadonbehandling og social behandling.

Fie har diagnosen PTSD som følge af de dramatiske oplevelser ovenfor nævnt og tilbydes samtaler hos en psykiater på Sjælland, men som Fie ikke får noget ud af, da hun ikke overholder aftalerne. Fies dilemma ligger i, at hun ikke fortæller ærligt om sit misbrug hos lægen og derfor ikke kan tilgodeses til en behandling for dobbeltdiagnosticerede.

Fie går nu til samtaler hos anden behandler i Huset, hvor hun udtaler, at hun får det godt ved at tale ud om tingene, samtidigt med at hun mødes med de andre brugere af Huset.

Interviewguide

Generelle spørgsmål om personen og misbruget:

Hvad er din alder?

Hvad består dit misbrug af?

Hvor lang tid har du haft det misbrug?

Misbrugsbehandlingen:

Hvorfor har du søgt behandling?

Har du selv henvendt dig eller blev du henvist af nogen?

Kan du fortælle hvad der gjorde, at du ville i behandling?

- (Var der fx nogen der foreslog det?)

Kan du fortælle hvilken behandling du er i nu?

Kan du fortælle om du har haft flere behandlingsforløb?

- Hvor længe har du været i behandling i denne omgang?

Brug af stoffer/alkohol:

Bruger du stoffer – eller kun alkohol?

Hvad bruger du dem til?

- På hvilken måde hjælper stofferne eller alkoholen dig?
- Kan du give mig eksempler på det?
- På hvilken måde hjælper de dig ikke
- Kan du give mig eksempler på det?

Den psykiske comorbiditet:

Kan du fortælle lidt om dig selv og den psykisk lidelse du har?

- Du må gerne give eksempler på, hvordan du oplever den i din hverdag.
- Hvor længe har du haft det sådan?

Hvordan påvirker det dig, når du får det psykisk dårligt?

- I forhold til familie og pårørende?
- I forhold til, hvordan din hverdag er?

- Oplever du, at det påvirker din misbrugsbehandling?
- For dit almene helbred?

Er du blevet tilbudt udredning for din psykiske lidelse – eller har du selv søgt hjælp om det?

- Fortæl gerne hvordan det er foregået.
- Talte du med din praksislæge om det eller lægen på Psykiatrisk Center?
- Kan du fortælle med dine egne ord hvad du fik besked på?
- Hvad skulle du i så fald gøre, hvis ikke du kunne komme i behandling på det tidspunkt?

Samtidig behandling i Psykiatrisk Center og i kommunens misbrugsbehandling:

Har du tidligere været i behandling, hvor både dit misbrug og din psykisk lidelse blev behandlet?

Hvis ja:

Kan du fortælle, om du synes behandlingsforløbet er eller har været tilfredsstillende for dig?

- Var Psykiatrisk Center med i behandlingsplanen/forløbet?
- Kan du give mig et eller flere bud på de ting der gjorde, at du er tilfreds?
- Kan du give mig et eller flere bud på de ting der gjorde, at du ikke er tilfreds?

Hvis nej:

Hvilke omstændigheder gjorde, at det ikke kunne lade sig gøre at komme i behandling for begge dele?

Opsamlingsspørgsmål:

Hvad kunne hjælpe dig i behandlingen, når du fortæller, at du både misbruger og har en psykisk lidelse?

- Kan du fortælle med dine egne ord hvad der skal til, for at du kan blive hjulpet?

Nu, hvor du er i behandling, oplever du da en forandring i din hverdag?