

At bryde rammen og re-tænke indsatser for borgere med DD

Det er en kendt problemstilling, at vores nuværende hjælpesystem har vanskeligt ved at håndtere borgere med dobbeltdiagnose (DD). Internationalt er der enighed om, at integreret behandling er den mest optimale indsats. Ligesom det er velunderbygget, at kvalificeret indsats er tværgående, velkoordineret, helhedsorienteret og tilpasset skiftende behov. I praksis er det ikke så let.

Status er desværre, på trods af en række nationale initiativer, at den manglende sammenhængskraft i indsatsen er uændret. I stedet er området præget af mytedannelser. Fx myter om, 'at borgerne fylder' og 'at de andre aktører ikke løser opgaven tilstrækkeligt'. Myterne er *de/s* erfaringer med samarbejde i et komplekst interventionsfelt – *de/s* udtryk for frustration og afmagt i forhold til ikke at kunne løse opgaven. I almen praksis og kommunerne er narrativet, at Regionspsykiatrien udskriver for tidligt og ikke giver den fornødne behandling. Modsat er narrativet i Regionspsykiatrien, at det er i borgerens hverdagsliv og herunder i almen praksis og den kommunale støtte, at man kan gøre en forskel for målgruppen. En konsekvens af det er, at kommuner og almen praksis skubber på for indlæggelse, mens regionspsykiatrien modsat udskriver borgerne tidligt, da man ikke oplever, at indlæggelse kan afhjælpe borgerens situation. Den generelle oplevelse er, at det rigtige tilbud til borgeren *ikke* findes. Resultatet af mytedannelsen er desværre en potentiel strukturel ansvarsfraskrivelse, hvor borgeren ender som kasterbold mellem systemer.

Mod nye forståelser af målgruppen – og derved nye løsningsmuligheder

I arbejdsgruppen er der enighed om, at der bør arbejdes mod udviklingen af et fælles sprog i forståelsen af målgruppen. Vores grundlæggende forståelse af sociale problemer, som DD, skaber grunden for den praktiske håndtering af problematikkerne. Hvor gode begreber kan hjælpe til at forstå problemer bedre og derved komme tættere på gode løsninger – er vage begreber modsat med til at mudrer vores forståelser og gør det vanskeligt at stille skarpt på de problemstillinger, som der er på spil.

På tværs af hjælpesystemerne opleves målgruppen med DD som en problematisk patient- og borgergruppe. Fra hjælpesystemets side er oplevelsen, at borgerne i mindre grad følger behandlingen og adfærdsmæssigt er vanskelige at håndtere i behandlingskontekst, mens borgernes oplevelse på *den anden side* er kendetegnet af afvisning, marginalisering og stigmatisering ⁽³⁾.

Generelt er målgruppen dårligt beskrevet - og meget peger på, at dobbeltdiagnosebegrebet i mangel på bedre dækker over et meget heterogent felt. Inden for målgruppen ses misbrug i relation til *alle* former for psykiatriske diagnoser og psykiske lidelser i relation til *alle* former for misbrug. Fælles er, at de to lidelser forstærker hinanden og gør borgerne vanskeligere at hjælpe i det eksisterende hjælpesystem, hvorfor de typisk har dårligere forløb og sværere symptomer. Statistik har gruppen en dårligere prognose og højere dødlighed. En stor del af målgruppe har desuden yderligere kompleksitet. De har oftere et dårligere helbred, er oftere hjemløse, uden for arbejdsmarkedet, oftere udøver af vold, indlægges oftere på hospitalet og afsoner domme. Alt sammen med til at understrege den heterogene kompleksitet, som målgruppen er kendetegnet af. For en andel af målgruppen vil der være tale om kroniske livsproblemer.

Den nuværende forståelse (og organisatoriske virkelighed) bygger på en klassisk biomedicinsk forståelse af fænomenet ⁽¹⁾. Misbrug og psykisk lidelse anskues her som to selvstændigt diagnostisk definerede delproblemer, der kan angribes adskilt. Begrebet DD risikerer herved i sig selv at sløre for den kompleksitet, der præger målgruppen – idet de psykiske lidelser og misbruget ofte er indlejret i et komplekst netværk af problemer.

Barrierer for sammenhæng i det eksisterende hjælpesystem

Det nuværende hjælpesystem - med sit delte behandlingsansvar mellem region og kommune - understøtter i grove træk den biomedicinske forståelse af fænomenet. Hvorfor vores nuværende hjælpesystem er dårligt indrettet til at håndtere gruppen. Den parallelle indsatsform mellem to selvstændigt etablerede enheder (modsat den anbefalede integrerede behandling) fordrer et solidt tværsektorielt samarbejde. Dette samarbejde har imidlertid trænge kår. Barriererne for samarbejde skyldes bl.a. uklare beskrivelser af grænser og overgange, manglende fælles mål, fysisk afstand, manglende ledelsesmæssig prioritering, forskellig lovgivning, dårlig it-understøttelse og kulturelt forskellige faglige traditioner og vidensformer. Et resultat af parralle behandlingsforløb er generelt, at parterne i højere grad forsvare professionelle og finansielle grænser – og i mindre grad tilgodeser borgerens behov.

Det manglende sammenhæng mellem systemer er ikke unik for patienter med DD. Det særlige er måske snarere, at denne målgruppe "*falder særlig hårdt og larmende*"⁽⁴⁾. Ligesom antallet af aktører er med til at vanskeliggøre koordinationen i de enkelte forløb.

Selvom praksis gør mange forsøg på at sikre sammenhæng og helhedsorientering udfordres det af den nuværende organisatoriske virkelighed. Forskere argumenterer for, at vi med udgangspunkt i en systemteoretisk forståelse af DD-fænomenet i højere grad bør etablere behandlingssystemet, der kan fange helhedsbilledet af borgere indlejrede i komplekse livssituationer. Hjælpesystemer skal således kunne tilbyde indsatser fra forskellige metodiske udgangspunkt, så det kan håndtere *"forskellige sammenstillinger og prioriteringer af problemer"* ⁽¹⁾.

Behov for nye løsninger med fokus på omsorg og stabilisering

Størstedelen af nye initiativer på området går på udviklingen af modeller for forbedret samarbejde inden for den nuværende ramme. Der er altså tale om justeringer af det eksisterende hjælpesystem, som vi ved på mange måder er uhensigtsmæssigt skruet sammen. Spørgsmålet er, om systemet tør tage konsekvensen af den nye forståelse af målgruppen og tilbyde varierede indsatser med forskellige metodisk udgangspunkt?

For at adressere de reelle udfordringer er der behov for et paradigmeskifte i tænkningen om behandling og støtte til målgruppen. Med henvisning til målgruppens heterogene kompleksitet må vi begynde at differentiere mellem forskellige grupper inden for målgruppen. For den gruppe, hvor udfordringerne har karakter af kroniske livsproblemer, er der brug for nye løsninger med fokus på omsorg og stabilisering. En central del heraf er et opgør med den klassiske målstyrede forståelse af behandling og indsats i fht. udvikling og progression. Det som alternativ til dyre forebyggelige indlæggelser.

Kilder: (1) Larsen og Johansen (2019): *Dobbeltdiagnose – en ubekvem betegnelse i det tværsektorielle arbejde*. (2) Thylstrup og Hesse (2019): *At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder*. (3) Johansen et. al. (2018): *Dobbeltdiagnose patienters møde med det psykiatriske system*. (4) Sønderby (2011): *Dobbeltdiagnose – dobbeltbelastning*.