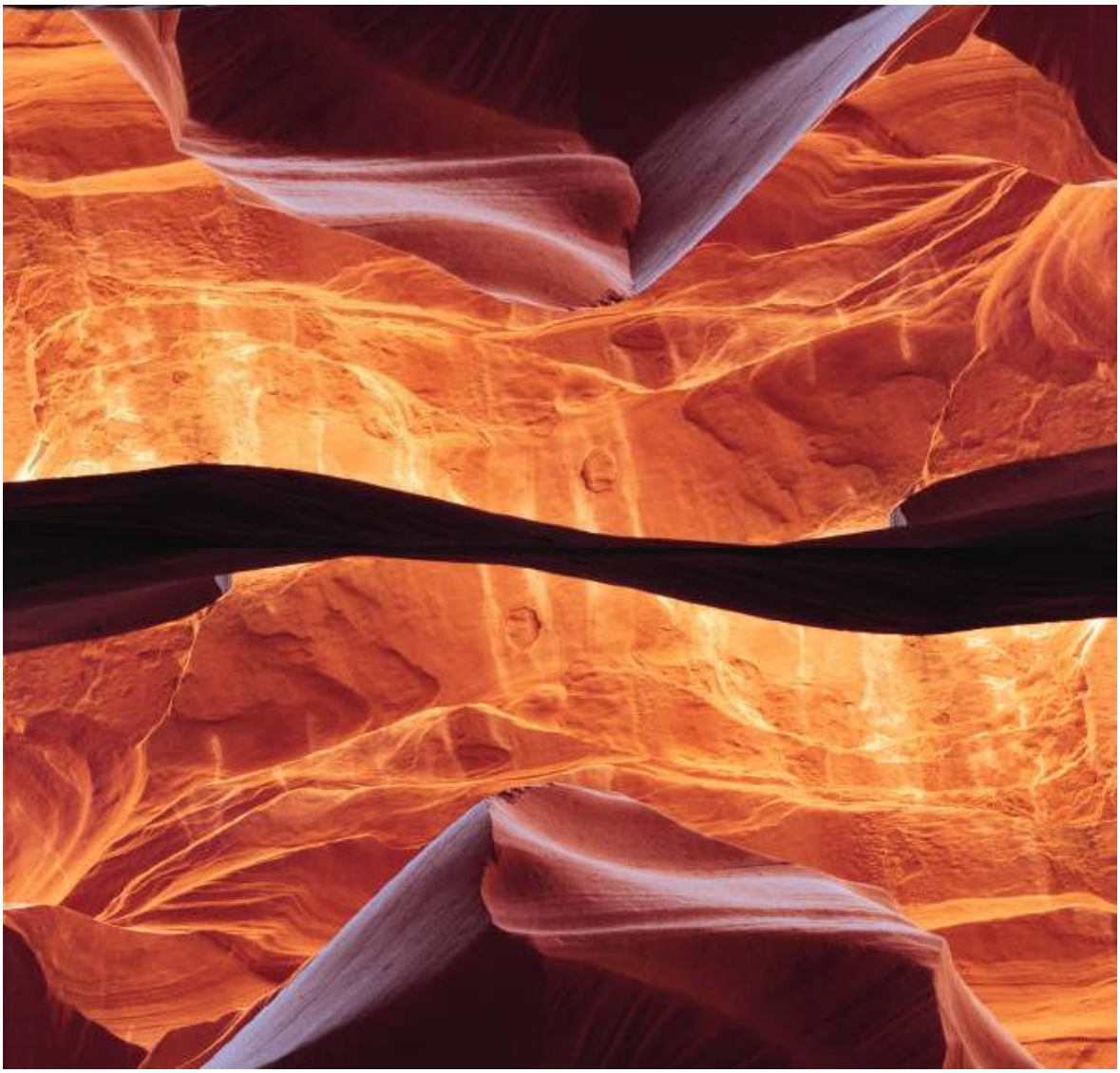
Vidensbase

Indsatsen for mennesker
med sindslidelse og misbrug



Socialt Udviklingscenter SUS | 2011

Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug

Marts 2011

Udgivet af Socialt Udviklingscenter SUS

Tekst: Birgitte Bækgaard Brasch, Ivan Christensen, Jesper Henriksen, Louise Boye Larsen, Anne Sørensen, Christoffer Zeuthen

Forside: Bjarne Møller

Forord

Socialt Udviklingscenter SUS har henvendt sig til Socialministeriet med forslag om at gennemføre en undersøgelse af antallet af *borgere med sindslidelse og misbrug* i kommunerne samt af hvilke sociale, sundhedsfaglige og økonomiske tilbud denne målgruppe modtager og de største udfordringer i indsatsen.

Kommuneundersøgelsen underbygges og kvalificeres af en vidensbase, der præsenterer en oversigt over den vigtigste forskningsviden om personer med sindslidelse og misbrug og om indsatsen over for disse mennesker. Vidensbasen præsenteres i nærværende rapport. Kommuneundersøgelsen afrapporteres i rapporten ´En tværfaglig udfordring – Kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug´.

Det er håbet, at vidensbasen og kommunerapporten sammen kan give inspiration til den videre udvikling af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug i Danmark.

Undersøgelsen er udarbejdet fra april 2010 til januar 2011 af Konsulent Birgitte Bækgaard Brasch, Chefkonsulent Ivan Christensen (projektleder), Specialkonsulent Pauline Hagensen, Chefkonsulent Jesper Henriksen, Projektmedarbejder Louise Boye Larsen, Projektmedarbejder Anne Sørensen og Student Christoffer Zeuthen.

God læselyst!

Indhold

1 Indledning 5
2 Sammenfatning 6
1 Målgruppen 6
2 Indsatsbehov 8
3 Effektive indsatser 9
4 Tværgående observationer 11
3 Metode 12
1 Søgesteder 12
2 Søgestrategi 12
3 Sortering af materialet 13
4 Hvem og hvor mange? 15
1 Hvem er borgerne i de fire målgrupper? 16
2 Hvor mange er der? 20
3 Særlige målgrupper: Sindslidelse, misbrug og sociale karakteristika 25
4 Sindslidelse og misbrug - og yderligere sociale problemer 29
5 Sammenfattende om målgruppen 29
5 Indsatsbehov 31
1 Støtte i hverdagen 31
2 Behandling 33
3 Kompetencer 35
4 Brugerperspektiv 37
5 Særlige målgrupper 38
6 Opsamling 39
6 Effektive Indsatser 41
1 Kategorisering af behandlingsmetoder 41
2 Koordination og integration 42
3 Gruppebehandling 45
4 Social støtte og behandling 47
5 Andre behandlingsindsatser 49
7 Litteratur 51

1 Indledning

I nærværende rapport præsenteres en vidensbase om personer med sindslidelse og misbrug. Her opsamles viden både om målgruppen og om gruppens behov for støtte og behandling, samt om hvilke indsatser der er effektive.

Denne viden skal danne udgangspunkt for fremtidig udvikling af initiativer på området. Vidensbasen indeholder en opsamling af publicerede forskningsrapporter, artikler og undersøgelser. Detaljer om søgestrategier og strukturering af materialet er beskrevet i rapportens metodekapitel. Der er i vidensbasen et særligt fokus på viden om den sociale indsats og på viden om sammenhængen mellem behandlingsmæssig og social indsats.

Det er ambitionen, at rapporten skal **danne overblik** over de vigtigste områder, som forskningen har beskæftiget sig med i forhold til hvor mange mennesker, der har en dobbeltproblematik, hvordan disse mennesker kan beskrives og kategoriseres, hvilke behov for indsats disse personer har, og hvilke indsatser der er effektive særligt i forhold til mennesker med dobbeltproblematik. Med denne rapport i hånden skal man gerne have muligheden for hurtigt at danne sig et overblik over **hovedtemaerne** i forskningen inden for hvert af ovenstående emner.

Rapporten bør ligeledes angive, hvor der kan læses mere om særlige temaer eller emner. Således skal rapporten også fungere som et **opslagsværk**, der kan lede læseren **videre mod mere viden**.

Rapporten indledes med en sammenfatning af de enkelte kapitler. Efterfølgende præsenteres metoden, der er anvendt i opbygningen af vidensbasen og rapportens struktur præsenteres og begrundes.

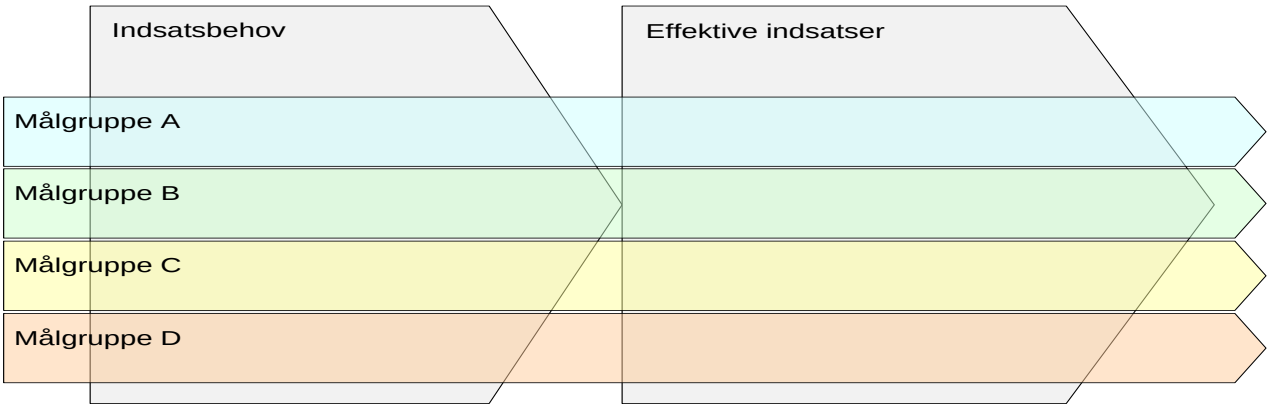
Tre kapitler med resultaterne af vidensindsamlingen følger efter metodekapitlet. Disse kapitler udgør kernen af rapporten. Et kapitel handler om målgruppen, det andet handler om målgruppens behov for indsats og det tredje handler om effektive indsatser.

I rapportens sidste kapitel listes samtlige titler, der trækkes på i vidensbasen.

2 Sammenfatning

I denne rapport gives en oversigt over nordisk og engelsksproget forskning om personer og tilbud til personer, der både har en sindslidelse og et misbrug af alkohol og/eller stoffer. Forskningen er publiceret mellem 2000 og 2010. Oversigten spænder over et ganske omfattende materiale, der tæller i alt 192 referencer.

Denne opsamling er struktureret i en dialog mellem vores egne kategoriseringer og materialets egne fortællinger. Vores egne kategorier er fastholdt som overordnet struktur for at gøre oversigten mest mulig anvendelsesorienteret. Strukturen kan præsenteres i følgende grafik:



Fastholdelsen af kategorierne gør det muligt at give et billede af, hvad forskningen siger om sammenhængen mellem målgruppe, behov og indsats. Endvidere kan det præciseres, hvad vi ved meget om og hvor der mangler viden. Nogle af felterne i modellen er således meget udfyldt og en del af felterne er der mindre viden om.

Vores egen kategorisering af målgruppen danner rammen for første afsnit herunder. I det efterfølgende afsnit, om hvilket behov der er for indsatser i forhold til mennesker med dobbeltproblematik, tages der – i den udstrækning dette er muligt – stilling til behovene i forhold til de fire målgrupper. Ligeledes tages der i sidste afsnit om effektive indsatser stilling til dette i forhold til hver af de fire målgrupper.

Vi har endvidere peget på en række publikationer, som kan betegnes som kernelæsning. Vi vurderer, at hvis man læser disse fem publikationer, så har man et godt overblik over de vigtigste elementer i forskningen om målgruppe, behov og indsats. Se boksen 'Kernelæsning' nedenfor.

1 Målgruppen

Litteraturstudiet tager udgangspunkt i fire overordnede målgrupper karakteriseret gennem fire parametre: 1) Svære psykiske lidelser kontra 2) lettere psykiske lidelser og 3) stofmisbrug kontra 4) alkoholmisbrug. Til svære psykiske lidelser regnes de psykotiske tilstande. Til lettere lidelser regnes affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelser med mere.

1.1 Hvor stor er målgruppen?

I forhold til størrelsen på målgruppen for nærværende undersøgelse sammenfatter følgende tabel – meget forsigtigt og velvidende, at der er store usikkerheder og metodiske vanskeligheder forbundet med at opgøre de præsenterede tal - udvalgte resultater fra danske survey- og registerundersøgelser:

Målgruppe	I Danmark	Indlagt i løbet af et år på psykiatrisk hospital/ambulant behandling (På baggrund af Amtsrådsforeningens registerundersøgelse).
A (svær sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Ca. 1.830 personer
B (svær sindslidelse og alkoholmisbrug)	Ca. 15.000 personer/landsplan	Ca. 1.170 personer
C (let sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Min.1.660 personer**
D (let sindslidelse og alkoholmisbrug)	Min. 75.000 personer/landsplan*	Min. 2.190 personer**
Note: ** Kun ICD10-koderne F30-F34 & F38, F40-F43, F60 & F11-F19.* *** Kun ICD10-koderne: F30-F39 og F60-F69.*		

Billedet af, hvor store målgrupperne er, står således temmelig 'sløret'. Estimater af målgruppens størrelse baserer sig på vidt forskellige grundlag fra undersøgelse til undersøgelse – og ofte stilles der skarpt på meget specifikke diagnoser, misbrugstyper, demografiske karakteristika eller brugere af bestemte tilbud. Derfor er det vanskeligt på baggrund af forskningslitteraturen at danne sig et indtryk af den samlede målgruppes størrelse.

1.2 Hvem er borgerne i målgruppen?

Litteraturstudiet peger på, at mennesker med sindslidelse og misbrug på tværs af de fire målgrupper er præget af yderst komplekse psykiske, misbrugsrelaterede og sociale problemstillinger, hvor årsag-virkningsforhold er langt fra entydige. Oven i misbrug og psykisk lidelse kommer ofte omsorgssvigt, hjemløshed, kriminalitet, beskæftigelsesproblemer og en kamp for at få hverdagen til at hænge sammen.

Stilles der skarpt på de fire målgrupper inddelt efter henholdsvis svær og lettere psykisk lidelse og henholdsvis stof- og alkoholmisbrug, viser forskningslitteraturen sammenfattende, at:

- **Målgruppe A:** Gruppen med svær psykisk lidelse og stofmisbrug ser ud til at være den mest ressourcekrævende gruppe i forbindelse med behandling af sindslidelse og misbrug. Det er en gruppe, som har vanskeligt ved at gennemføre behandlingsforløb. Desuden er der i forhold til denne gruppe fokus på sammenhængen mellem stofmisbrug og psykisk lidelse. Flere studier peger på risikoen for stofudløste psykoser og på, at stofmisbrug øger risikoen for tilbagefald i forhold til den psykiske lidelse.

- **Målgruppe B:** Gruppen med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug er ikke særligt belyst i forskningslitteraturen. Kun et enkelt amerikansk studie med særligt fokus på ældre med skizofreni og alkoholmisbrug er fundet i forbindelse med nærværende litteraturstudie. Undersøgelsen viser her, at alkoholmisbruget forværrer prognoserne i forhold til diagnosen og at flest mandlige patienter har et alkoholmisbrug.

- **Målgruppe C:** Gruppen med lettere psykisk lidelse og stofmisbrug er den mest belyste gruppe i forskningslitteraturen. Konklusionerne peger på, at gruppen er præget af komplekse problemstillinger, som betyder, at gruppen har komplekse behandlingsbehov, og understreger et behov for integreret behandling af denne patientgruppe. I det hele taget efterlyses tilbud, der tager højde for både psykisk lidelse og stofmisbrug – og som minimum, at personale og medarbejdere i forskellige behandlingstilbud har viden

om begge problemstillinger. Adfærdsmæssigt peger forskningslitteraturen i øvrigt på, at denne gruppe har tendenser til at være mere voldelig end andre patientgrupper. Samtidig påpeges det, at gruppen med tilpasningsreaktion (ICD 10: F43.2) er lettere og mindre ressourcekrævende at arbejde med end andre grupper. Sidst nævnes et øget fokus på ADHD og stofmisbrug, der ifølge flere opleves som et stigende problem.

- **Målgruppe D:** Forskningslitteraturen med fokus på gruppen af borgere med lettere psykisk lidelse og alkoholmisbrug er meget begrænset (ligesom ved gruppen med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug). Dette er til trods for, at der er meget komorbiditet mellem for eksempel lettere depressioner og alkohol. De få undersøgelser om gruppen peger på, at unge med ADHD-diagnose har større og alvorligere alkoholforbrug end unge uden ADHD-diagnose. Det samme ser ud til at være tilfældet for diagnoserne ODD, angst- og stemningslidelser. Desuden viser forskningslitteraturen, at depression og alkoholmisbrug er den mest fremtrædende type af komorbiditet blandt ældre.

Forskningslitteraturen tegner således et udmærket billede af grupper med stofmisbrug og svær eller lettere psykisk lidelse, men et spartansk billede af grupper med alkoholmisbrug og svær eller lettere psykisk lidelse.

2 Indsatsbehov

Opsamlende kan det siges, at forskning om behovene for indsats tager udgangspunkt i behandlings- og støttetilbuddenes perspektiv. Langt de fleste studier tager afsæt i forskellige psykiatriske tilbud. Meget få studier arbejder systematisk med at kortlægge personer med dobbeltbelastnings egne oplevelser af behov for støtte og behandling. Dette betyder også, at der er meget lidt litteratur, der har et specifikt recovery-orienteret fokus.

En vigtig pointe er, at målgruppen er meget heterogen selv inden for hver af de fire målgrupper. Blandt andet derfor skal indsatsen tilrettelægges meget individuelt. Flere studier peger også på, at der i tilrettelæggelsen af indsatsen skal fokuseres mere på borgerens funktionsniveau end på diagnoser og misbrugsmønstre.

Litteraturen peger relativt entydigt på, at især mennesker i målgruppe A og B har behov for en indsats, hvor misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er integreret og tæt koordineret med en social indsats, der skal tage udgangspunkt i en grundig udredning af personens livssituation. Den sociale støtte skal have særligt fokus på brugernes boligsituation og på støtte til praktiske gøremål i hverdagen. Endvidere skal brugerne også støttes i kontakten med andre offentlige myndigheder.

Flere studier anbefaler, at indsatsen forankres i det psykiatriske system. Samtidig peger forskning dog også på, at andelen af brugere med dobbeltproblematik i misbrugsbehandlingssystemet er højere end i det psykiatriske system. Dette kan måske også forklare, at et studie finder, at kompetencerne i forhold til borgere med dobbeltproblematik generelt er bedre i misbrugsbehandlingssystemet end i psykiatrien. Behandlingsindsatsen bør baseres på støtte i nærmiljøet og længerevarende indlæggelser skal så vidt muligt undgås.

Det er ikke i litteraturen entydigt, hvor indsatsen over for borgere med mindre svære psykiske lidelser (målgruppe C og D) skal forankres. Nordisk litteratur peger på, at indsatsen for personer med lettere psykiske lidelser kan forankres i misbrugsbehandlingssystemet.

Behandlingen skal tilrettelægges fleksibelt og den skal være længerevarende. I forhold til særligt målgruppe A og B skal indsatsen endvidere være opsøgende.

I forhold til hvordan hjælpeindsatsen – herunder særligt psykiatrien - kan tage højde for de særlige behov hos mennesker med dobbeltproblematik, kan der peges på en række grundbøger og behandlingsvejledninger, der kan tjene som inspiration.

3 Effektive indsatser

Det er gennemgående ved effektundersøgelser af indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug, at der er tale om meget specifikke undersøgelser af en enkelt indsats med relativt få deltagere. Der er meget lidt forskning fra nationalt hold, hvorfor der i gennemgangen primært er tale om undersøgelser fra udlandet med en klar overvægt af litteratur fra USA. Der er meget få undersøgelser, der har undersøgt effekten af indsatser på det sociale område (for eksempel i hjemmet) eller undersøgelser om brugerinddragelse og/eller inddragelse af pårørende (Crome et al., 2009).

I den anvendte litteratur er der overordnet set primært tale om randomiserede kontrollerede forsøg og langt hovedparten af undersøgelserne er på det medicinske område. Hertil knytter sig en overvejende naturvidenskabelig tilgang til evidensbegrebet. Set i denne optik er et stort problem ved de fleste af de hidtil udførte undersøgelser, at det som oftest ikke er muligt at fremskaffe statistisk signifikante resultater på grund af for få deltagere og lignende. En stor del af undersøgelserne peger dog på positive erfaringer med en given indsats, hvorfor det er valgt at præsentere relevante resultater med de forbehold for dokumentationens validitet, de måtte indeholde.

Overordnet set kan de undersøgelser, der fremtræder i litteraturen,og hvor effekten er undersøgt deles op i følgende tilgange:

Individuel tilgang

- Koordination
- Integration
- Motivationsstrategier
- Kognitiv adfærdsterapi

Gruppebehandling

- Psykoedukativ metode og social færdighedstræning
- Psykosociale interventioner

Familiebehandling

- Social støtte og behandling

Andre temaer i behandlingsindsatsen

- Effektive behandlingsindsatser til unge
- Skadesreduktion
- Kompetenceudvikling

I forlængelse af dette er der yderligere tre forskellige former for organisering af behandling til mennesker med sindslidelse og misbrug:

- Seriel/sekventiel behandling, hvor først den ene lidelse behandles (typisk misbruget) og derefter den anden
- Parallel behandling, hvor begge lidelser behandles simultant
- Integreret behandling, hvor begge lidelser behandles sideløbende (Bender, K. et. al: 2006 og Mueser, 2006)

De forskellige tilgange anvendes i nogle tilfælde sideløbende med hinanden, hvorfor der ved denne opdeling kan optræde overlap. Men ikke desto mindre er det en opdeling, der giver et overordnet billede af de undersøgte tilgange til behandling af mennesker med sindslidelse og misbrug.

I undersøgelserne af specifikke behandlingstiltag for mennesker med sindslidelse og misbrug er der overordnet set primært tale om målgruppeinddelinger såsom hjemløse, indlagte patienter og unge. Der er ganske få undersøgelser, hvor der eksplicit tages højde for diagnose eller type af misbrug.

Der er i litteraturen en overordnet konsensus om, at der i behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug, er behov for integrerede indsatser. Der lægges vægt på, at der ofte er nogle strukturelle og organisatoriske begrænsninger, der gør sig gældende i behandlingen af målgruppen og som taler for en samlet og integreret behandling. Den eksisterende litteratur om integreret behandling går på tværs af behandlingsmetoderne, hvilket betyder, at der ikke tages højde for de specifikke målgrupper udover, at det er mennesker, hvor der optræder komorbiditet. Der er dog flest undersøgelser, der tager udgangspunkt i indsatsen for målgruppe A og B.

Der peges i litteraturen, der omhandler koordinerede indsatser, på, at der i behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug ofte er mange forskellige instanser og aktører involveret. Dette nødvendiggør ofte en særlig indsats for at sikre en koordineret indsats. Der er ekstra fokus på målgrupper, der har særlige komplekse problemstillinger. Eksempelvis er der flere undersøgelser om koordination af behandling af mennesker med sindslidelse og misbrug, der ligeledes er hjemløse samt unge mennesker.

Motivation er et gennemgående tema i langt hovedparten af undersøgelser af effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Det betragtes som et essentielt element i behandlingen. Der har især vist sig gode resultater med unge, hvor der er arbejdet målrettet med motivationen.

Kernelæsning

Kielland K.B. 2000: *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Statens Helsetilsyn. Norge.

Department of health, Great Britain 2003: *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*.

Larun L, Helseth V, Bramness JG, Gråwe RW, Haugerud H, Høie B, Kornør H, Landheim A, Lossius K, Hammerstrøm KT, Waal H. 2007: *Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport nr. 21 - 2007

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

Crome I.B. et al. 2009: *SCIE Research briefing 30: The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues*, Social Care Institute for Excellence, SCIE.

Kognitiv adfærdsterapi er en hyppigt anvendt metode og hermed ligeledes mere undersøgt som metode end øvrige. Der er en enkelt undersøgelse, der specifikt har rettet sig mod skizofrene patienter, men derudover er der primært tale om undersøgelser af patienter på psykiatriske afdelinger, hvor diagnosen ikke udspecificeres.

Undersøgelser af effekten af gruppebehandling er begrænset til indlagte patienter; herunder er der en enkelt undersøgelse, hvor der specifikt er tale om skizofrene patienter med misbrug. Det vil sige, at dette primært er undersøgt i forhold til målgruppe A og B.

Programmer med psykoedukation henvender sig dels til mennesker med sindslidelse og misbrug og dels til personale, der arbejder med målgruppen. Der er positive erfaringer med denne kombination. Undersøgelserne forholder sig udelukkende til mennesker, hvor der optræder komorbiditet, og ikke til hvilke diagnoser eller hvilket misbrug, de enkelte har.

Hovedparten af undersøgelserne af effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug har fokus på indlagte patienter, hvorimod undersøgelserne af social støtte primært har fokus på målgruppens boligsituation. Herunder er der særligt fokus på mennesker, der har lidt af hjemløshed, hvor det forsøges at fastholde dem i egen bolig med støtte.

4 Tværgående observationer

Det kan noteres, at der trods viden om, at en relativt stor gruppe mennesker tilhører målgruppe B og D, ikke findes mange undersøgelser specifikt rettet mod mennesker med sindslidelse og alkoholmisbrug. Dette gælder både i forhold til indsatsbehov og effektive indsatser.

Endvidere kan der peges på, at der særligt i USA, Norge og Storbritannien er en del viden om indsatsen for personer med dobbeltproblematik at hente inspiration fra.

De tydeligste konklusioner, der kan laves på baggrund af den eksisterende forskning, er behovet for og tegn på succes med integreret behandling særligt i forhold til personer med svære psykiske lidelser.

Det kan også konkluderes, at målgruppen er meget heterogen, og at der ikke findes nogen fast konsensus omkring sprog og kategoriseringer på området. Dette gør det blandt andet uhyre vanskeligt at opgøre målgruppens størrelse.

Mange undersøgelser og review peger på behovet for mere forskning.

3 Metode

I dette afsnit præsenteres den anvendte metode til opbygning af vidensbasen. Vidensbasen består af en oversigt over relevant litteratur fundet i en række forskellige søgesteder. Nedenfor beskrives, hvor der er søgt efter litteratur, hvordan søgestrategien har været, og hvordan udvælgelse og kategorisering af litteraturen er blevet foretaget.

1 Søgesteder

Litteratur til vidensbasen er søgt i følgende danske, nordiske og internationale biblioteker, artikelbaser og tidsskrifter:

Biblioteker

- Det Kongelige bibliotek REX
- Danmarks Pædagogiske Bibliotek
- Den Sociale Højskoles bibliotek

Artikelbaser

- Bibliotek.dk
- LIBRIS (Svensk)
- Norart (Norsk)
- Campbell forskningsoversigter (N2C)
- Social Care Online (Engelsk)
- Campbell library (Internationalt)

Netsteder og tidsskrifter

- Socialvetenskaplig Tidskrift (www.socwork.gu.se)
- Nordisk Sosialt Arbeid (www.idunn.no/ts/nsa)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA)

2 Søgestrategi

Der er søgt efter litteratur, der specifikt handler om dobbeltdiagnose (forstået som samtidig forekomst af sindslidelse og misbrug af rusmidler) inden for de seneste 10 år. Der er således ikke søgt efter litteratur, der alene omhandler psykiatri eller alene omhandler misbrug. Konkret søgestrategi og søgeord fremgår af nedenstående, som har været retningsgivende for søgningerne i de forskellige søgesteder. Der er på denne måde søgt at skabe en balance mellem på den ene side at ramme litteratur om det specifikke emne og på den anden side give rum for, at sprogbrug og emner ikke er entydigt defineret på området[1]:

Dobbeltdiagnose/Dual Diagnosis* ((Psykiatri/Psychiatry * OR sindslidelse/Mental Health *) AND (Alkohol/Alcohol* OR Stof/substance * OR misbrug/abuse * OR afhængighed/addiction *))

[1] Tilsvarende norske og svenske søgeord er benyttet i relevante databaser.

3 Sortering af materialet

3.1 Grundsøgning

Søgningen førte i første omgang til i alt 773 artikler og bøger, som blev gennemlæst på overskriftsniveau og efterfølgende kategoriseret eller frasorteret alt efter en umiddelbar vurdering af relevans for vidensbasen. De mest gennemgående eksklusionskriterier var følgende:

- Ensidigt fokus på enten misbrug eller sindslidelse
- Litteratur udgivet før 2000
- Neurobiologiske årsager til dobbeltdiagnose samt medicinske interventioner
- Snævert retspsykiatrisk litteratur
- Litteratur om børn
- Sprog (kun dansk-, svensk-, norsk og engelsksproget litteratur blev inkluderet)
- Selvhjælpslitteratur
- Søgningen medførte endvidere en del irrelevant litteratur såsom afhængighed i parforhold, ludomani, internetafhængighed mm.

I alt blev 521 artikler og bøger frasorteret på denne baggrund. Forfatterne til den tilbageværende, udvalgte litteratur repræsenterer en bred vifte af fagdiscipliner; herunder sociologer, psykologer, læger, socialrådgivere og epidemiologer.

Den samlede liste med de 192 relevante poster kan findes i litteraturlisten bagerst i denne rapport.

3.2 Kategorisering

I kategorisering og læsning af litteratur er der benyttet en narrativ tilgang, hvor den fundne litteratur præsenteres i en journalistisk form (Heller, Richard F., 2004, *Evidence for Population Health*, Oxford, Oxford University Press).

Litteratur, der opfyldte inklusionskriterierne, blev kategoriseret i forhold til de tre hovedemner for vidensbasen:

Målgruppe

Vidensbasen danner udgangspunkt for en begrebsmæssig præcisering af målgruppen. Herunder søges der efter underopdeling af målgruppen i forhold til som minimum sindslidelse og misbrug. Der indsamles også erfaringer om målgruppens og underopdelingers størrelse og sammensætning. Denne viden skal bruges til at estimere målgruppens størrelse og karakteristika i Danmark ud fra eksisterende data. Der er i alt 95 publikationer i denne kategori.

Indsatsbehov

Med vidensbasen søges det at identificere litteratur, der formidler erfaringer med målgruppens behov for indsats og udfordringerne ved leveringen af denne. Denne viden skal bruges til at danne overblik over, hvilke behov det kan være relevant at tage højde for i den offentlige indsats for målgruppen. Der er i alt 172 titler i denne kategori.

Effektive indsatser

Slutteligt søges det med vidensbasen at give en oversigt over viden om effektive metoder i forhold til *opsporing*, *udredning, visitation, motivering* og *behandling* af mennesker med sindslidelse og misbrug. Her fo-

kuseres relativt snævert på effekt-, resultat- og virkningsstudier, og disse begreber har været styrende for kategoriseringen. Denne viden skal bruges som inspiration til, hvilken type hjælp og støtte der kan og bør tilbydes målgruppen. Der er i alt 93 poster i denne kategori.

Sorteringen i forhold til de tre kategorier er primært baseret på læsning af abstracts, og, hvor disse ikke har været tilgængelige eller ikke eksisterer, ud fra tekstuddrag (særligt konklusionsafsnit og kapitler).

Nogle tekster omhandler flere af de tre ovenstående emner og er således medtaget i flere kategorier.

Den fundne litteratur præsenteres i de følgende kapitler. I hvert af de tre kapitler præsenteres litteraturen inden for en af de tre kategorier. Målet med præsentationen er primært at danne et overblik over litteraturen og konkludere på hovedtræk i denne.

4 Hvem og hvor mange?

I dette kapitel zoomes der ind på målgruppen. De overordnede spørgsmål er: Hvem er borgerne i målgruppen? Og hvor stor er målgruppen?

Forskningen viser, at klassificeringen og diagnosticeringen af mennesker med sindslidelse og misbrug er en væsentlig udfordring. Der er uenighed om, hvorvidt der er behov for mere præcise diagnostiske metoder, eller om diagnoser er med til at stigmatisere og ekskludere mennesker med sindslidelse og misbrug. Førstnævnte synspunkt findes primært i det psykiatriske system, hvor diagnoser er et væsentligt arbejdsredskab, mens sidstnævnte synspunkt findes i det sociale hjælpesystem, hvor diagnoser opfattes som begrænsende i synet på den enkelte borger (Kline, 2006; Stohler et al., 2005; Kielland, 2000, Kvaternik et al., 2009).

I nærværende litteraturstudie og den tilhørende kommuneundersøgelse (jf. rapporten 'Kommuneundersøgelse – indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug') arbejdes der med fire overordnede målgrupper karakteriseret gennem fire parametre: Svære kontra lettere psykiske lidelser og stofmisbrug kontra alkoholmisbrug. Til svære psykiske lidelser regnes de psykotiske tilstande. Til lettere lidelser regnes affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelser med mere.

	Borgere med skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer, fx heroin, kokain, amfetamin, hash, khat mm.). Eventuelt også med alkoholmisbrug.	**Borgere med skadeligt brug af alkohol uden brug af narkotika.**
Borgere med svære psykiske lidelser (skizofreni og andre psykotiske tilstande)	Målgruppe A	Målgruppe B
Borgere med lettere psykiske lidelser (fx depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser mm.)	Målgruppe C	Målgruppe D

Opdelingen er inspireret af Kenneth Minkoff og Amund Aakerholdt. Med afsæt i *National Association of State Mental Health Program*[2] – der betegnes som den nationale konsensus (i USA) om beskrivelsen af mennesker med sindslidelse og misbrug – skelner de mellem svære og lettere psykiske lidelser. Skelnen mellem alkohol- og stofmisbrug er tænkt ind i denne undersøgelse, fordi behandlingen af disse to typer misbrug ofte er adskilt administrativt i dansk kontekst. Desuden forventes det, at der knytter sig forskellige typer af sociale problemer til henholdsvis alkohol- og narkotikamisbrug, da brug af narkotika er ulovligt, mens brug af alkohol er lovligt.

Kapitlet her præsenterer væsentlige pointer fra forskningslitteraturen med udgangspunkt i spørgsmålene om 'hvem?' og 'hvor mange?'. Pointerne er så vidt muligt inddelt i forhold til de fire ovenfor nævnte målgrupper. Overordnet kan det konkluderes, at der mangler forskning om alkoholmisbrug og psykisk lidelse. Desuden skal det understreges, at mennesker med sindslidelse og misbrug er forskellige, hvilket indsatsen over for dem skal tage højde for. Derfor påpeges det fra flere sider, at målgruppeopdelingen ikke bør bruges til at definere indsatsen over for

[2] National Association of State Mental Health Program Directors/National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors. The new conceptual framework for co-occurring mental health and substance use disorders. Washington, DC. NASMHPD/NASADAD 1998.

den enkelte. I stedet kan man se målgruppeopdelinger som væsentlige pejlemærker til at målrette indsatsen til de mennesker, der har brug for den (Crome et al., 2009).

1 Hvem er borgerne i de fire målgrupper?

En diskussion, der går igen, når der tales om mennesker med sindslidelse og misbrug, er hvad, der kommer først: Sindslidelsen eller misbruget? Diskussionen er væsentlig, fordi den indikerer, at mennesker med sindslidelse og misbrug ofte bliver kastebold mellem psykiatri og misbrug. Hvis holdningen er, at misbruget forårsager den psykiske lidelse – det vil sige, at der er tale om stofudløste psykoser – lægger det op til, at misbruget skal behandles først (Caton, 2007). Og omvendt, hvis holdningen er, at misbruget udspringer af (selv)medicinering som følge af psykisk lidelse. Forskningen er langt fra entydig på området. Denne diskussion er værd at have i baghovedet, når forskningslitteraturens konklusioner omkring sammenhænge mellem sindslidelse og misbrug og andre sociale/demografiske karakteristika præsenteres i det følgende.

1.1 Målgruppe A: Svær psykisk lidelse og stofmisbrug

Jeffery et al. stod i 2000 i spidsen for en tredelt undersøgelse med henblik på at opnå enighed om god praksis blandt 154 eksperter. De involverede eksperter opnåede konsensus omkring de væsentligste metoder til for eksempel opsporing, forskning og uddannelse i indsatsen over for mennesker med svær psykisk lidelse og misbrug (Jeffery et al., 2000).

I en sammenligning af forskellige patientgrupper (i forhold til diagnoserne skizofreni, depression, bipolar lidelse og tilpasningsreaktion) og stofmisbrug viste det sig, at patienter med stofmisbrug og skizofreni var mere syge og krævede flere hospitalsressourcer end de øvrige patientgrupper med stofmisbrug (Brems et al., 2006).

En lignende konklusion findes hos Kielland, som påpeger, at mennesker med psykotiske lidelser, stofmisbrug og adfærdsforstyrrelser er den vanskeligste gruppe at arbejde med. Her skal adfærdsforstyrrelsen behandles før misbruget (Kielland, 2000).

Også en undersøgelse fra 2005 peger på, at uopdaget og ubehandlet alvorlig psykisk sygdom (diagnoserne er ikke nærmere defineret) hos personer med stofmisbrug ofte skader det kliniske forløb (Swartz og Lurigo, 2005). Forskning viser således, at det er vigtigt at være opmærksom på både misbrug og psykisk lidelse. Dog ser det på baggrund af en dansk undersøgelse ikke ud til, at psykotiske patienter med misbrug har dårligere livsfærdigheder end psykotiske patienter uden misbrug. Så i den forstand spiller misbruget ikke en afgørende rolle for psykiatriske patienters livssituation (Møller, 2004).

Sammenhængen mellem stofmisbrug og psykisk lidelse

Når det gælder sammenhængen mellem svær psykisk lidelse og stofmisbrug, behandler flere undersøgelser stofmisbrugets betydning for udvikling af psykiske lidelser (stofudløste psykoser) og sammenhængen mellem misbrug og tilbagefald.

En britisk undersøgelse fra 2002 viser, at svær afhængighed af cannabis og psykostimulantia er forbundet med en højere risiko for psykose. Dette er ikke tilfældet for svær afhængighed af heroin (Farrel et al., 2002).

Et australsk follow up studie af 103 indlagte førstegangs psykotiske patienter viste, at alvorligt stofmisbrug var forbundet med øget risiko for indlæggelse, tilbagefald og hurtigere tilbagefald (Wade, 2006).

En dansk undersøgelse når frem til et lignende resultat. Her er konklusionen, at unge mænd, som har haft cannabis-udløste psykoser, har øget risiko for udvikling af nye psykotiske episoder og skizofreni – sammenlignet med patienter uden tidligere cannabis-udløste psykoser (Arendt, 2005).

En svensk undersøgelse fra 2002 viste, at cannabismisbrug er forbundet med øget risiko for at udvikle skizofreni (Zammit et al., 2002).

1.2 Målgruppe B: Svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug

Når det gælder målgruppe B med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug er forskningslitteraturen begrænset. Kun et amerikansk studie fra 2006 har beskæftiget sig specifikt med denne målgruppe og dette med et yderligere indsnævret fokus på ældre patienter (+44) med skizofreni.

Undersøgelsen viste, at alkoholmisbrug kan påvirke prognoserne for den skizofrene lidelse. Ældre patienter over 54 år med alkoholmisbrug viste dårligere kognitiv funktion sammenlignet med yngre patienter fra 44-54 år med alkoholmisbrug. Men i forhold til de to gruppers livskvalitet var der ingen signifikante forskelle. Undersøgelsen viste desuden, at flere mandlige end kvindelige patienter havde et alkoholmisbrug (Mohamed, 2006).

1.3 Målgruppe C: Lettere psykisk lidelse og stofmisbrug

Af de fire målgrupper er gruppen med lettere psykisk lidelse og stofmisbrug den klart hyppigst belyste gruppe. Her inddeles forskningen efter diagnose.

Depression og stofmisbrug[3]

Et amerikansk studie af patienter med depression og stofmisbrug viste, at denne patientgruppes psykosociale betingelser, demografiske karakteristika og kliniske fremtræden er mere komplekse end hos patienter, der 'kun' har depression. Dog har patienter med depression og misbrug færre indlæggelser, kortere indlæggelsesperioder og i alt færre dage på hospitalet. Undersøgelsen indikerer dermed, at det er væsentligt at være opmærksom på eventuelle misbrugsproblematikker, når patienter diagnosticeres med depression. Ved et misbrug er der muligvis behov for en anden interventionsstrategi end hos patienter uden misbrug (Brems, 2006).

Angst og stofmisbrug

Også sammenhængen mellem angst og stofmisbrug er beskrevet i en del litteratur. Wyman & Castle gennemgår i en artikel litteratur, som undersøger udbredelse og behandling af patienter med angst og stofmisbrug. Deres konklusion er, at mennesker med angst og stofmisbrug har behov for en integreret indsats, der tager højde for både den psykiske lidelse og misbruget på samme tid. Et væsentligt første skridt er at sikre professionelle viden om begge problemstillinger (Wyman et al., 2006).

Stofmisbrug og personlighedsforstyrrelse

Et litteraturstudie af Hesse og Pedersen (2006) viser ingen signifikant sammenhæng mellem antisociale personlighedsforstyrrelser og misbrug. I litteraturstudiet refereres til en undersøgelse, der tager udgangspunkt i behandling i 'Therapeutic Communities' (som ikke er defineret nærmere). Undersøgelsen viser, at mennesker med stofmisbrug og antisociale personlighedsforstyrrelser havde større sandsynlighed for at gennemføre behandlingsforløb end mennesker med misbrug uden personlighedsforstyrrelser. Omvendt havde mennesker med misbrug uden personlighedsforstyrrelser større sandsynlighed end mennesker med både misbrug og personlighedsforstyrrelser for at gennemføre stoffrie ambulante behandlingstilbud (Hesse et al., 2006). Denne konklusion indikerer, at behandling i 'Therapeutic Communities' ikke er egnede til stofmisbrugere *uden* antisocial personlighedsforstyrrelse,

[3] Depression kan lige som andre psykiske lidelser være mere eller mindre invaliderende. For overblikkets skyld kategoriserer vi i denne rapport depression som en lettere sindslidelse, vel vidende at lidelsen for nogle personer kan være meget svær.

mens ambulante misbrugsbehandlingstilbud ikke er egnede til stofmisbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse.

Resultaterne er ikke umiddelbart overraskende, de forskellige behandlingstyper taget i betragtning, men de peger hen mod en diskussion af, hvilke tilbud der findes til mennesker med både personlighedsforstyrrelser og misbrug.

En anden undersøgelse viser, at patienter med stofmisbrug og personlighedsforstyrrelser havde større sandsynlighed for at komme i forbindelse med retssystemet end øvrige patientgrupper (skizofreni, depression, bipolar lidelse og tilpasningsreaktion) (Brems et al. 2006).

Herudover viser et repræsentativt australsk studie blandt 1520 personer med en gennemsnitsalder på 24 år, at 18,6 % af deltagerne havde en personlighedsforstyrrelse. Desuden viste undersøgelsen sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelse, sociale problemer og andre sindslidelser. Blandt andet viste studiet en uafhængig sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelser inden for cluster B (dramatiske personlighedstræk såsom borderline) og stofmisbrug (Moran et al. 2006).

ADHD og stofmisbrug

Ifølge Stohler & Rössler er der i øvrigt stigende fokus på sammenhængen mellem ADHD og udvikling af stofmisbrug (Stohler & Rössler 2005) [4].

En konklusion der går igen i Socialt Udviklingscenter SUS' undersøgelse 'Kommuneundersøgelse – indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug', hvor flere kommuner oplever unge med ADHD og stofmisbrug som et stigende problem.

Bipolar lidelse og stofmisbrug[5]

Forskningslitteraturen peger desuden på, at patienter med kombinationen af bipolar lidelse og stofmisbrug er mere impulsive og har større risiko for selvmordstanker eller voldelig adfærd end øvrige patientgrupper (Swann 2005).

Brems et al. påpeger desuden, at psykiatriske patienter med bipolar lidelse har større sandsynlighed for at have et stofmisbrug ved indlæggelsen sammenlignet med andre diagnosegrupper (skizofreni, depression, personlighedsforstyrrelse og tilpasningsreaktion) (Brems et al. 2006).

Den 'letteste' gruppe

Brems et al. viser i øvrigt, at patienter med tilpasningsreaktion og stofmisbrug har færre psykosociale udfordringer samt et mindre kompliceret behandlingsforløb end andre diagnosegrupper: Skizofreni, depression, personlighedsforstyrrelser og bipolar lidelse (Brems et al. 2006).

1.4 Målgruppe D: Lettere psykisk lidelse og alkoholmisbrug

Ligesom gruppen med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug er gruppen med lettere psykisk lidelse og alkoholmisbrug meget spartansk belyst i forskningslitteraturen. På trods af, at der er meget komorbiditet mellem for eksempel lettere depressioner og alkohol, behandles denne gruppe tilsyneladende sjældent som en egentlig dob-

[4]Stohler R, Rössler W. Dual diagnosis: the evolving conceptual framework. Basel: Karger; 2005.

[5] Bipolær lidelse kan – lige som andre psykiske lidelser – være mere eller mindre invaliderende. For overblikkets skyld kategoriserer vi i denne rapport bipolær lidelse som en lettere sindslidelse, vel vidende at lidelsen for nogle personer er meget svær.

beltdiagnoseproblematik i litteratur. I dette litteraturstudie er der kun fundet to undersøgelser, der fokuserer på netop denne målgruppe.

Deas et al. undersøgte i 2005 sammenhængen mellem psykiatriske diagnoser og alkoholforbrug hos unge amerikanere. Undersøgelsen viste, at unge med ADHD havde større og alvorligere alkoholforbrug end unge uden ADHD-diagnose. Desuden viste det sig, at der var sammenhæng mellem ODD samt angst- og stemningslidelser på den ene side og undersøgelsens indikatorer på alkoholmisbrug på den anden (Deas et al., 2005).

Et andet litteraturstudie konkluderede, at depression og alkoholmisbrug er de mest fremtrædende typer af komorbide sindslidelser og misbrug blandt ældre (Bartels, 2006).

1.5 Målgruppe A og C: Stofmisbrug og svær eller let sindslidelse

Når det gælder stofmisbrug og lette såvel som svære sindslidelser, har Jenkins kortlagt brugen af cannabis hos børn og unge med udgangspunkt i en gængs debat omkring legalisering af cannabis og skadelige effekter af brugen af cannabis. I kortlægningen kommer han også ind på sammenhængen mellem brugen af cannabis og udvikling af psykiske problemer. Han gennemgår forskning på området i forhold til: Misbrugsmønstre; forandringer i forbruget af cannabis; unge menneskers syn på cannabis; potentielle skadelige konsekvenser af cannabismisbrug – herunder psykiske problemer, uddannelsesmæssig præstation, antisocial adfærd; familien og sociale faktorer, der kan indlede cannabismisbruget; progressionen til regelmæssigt brug af cannabis og effekten af afkriminalisering (Jenkins 2006).

1.6 Målgruppe B og D: Alkoholmisbrug og svær eller let sindslidelse

Igen er forskningen sparsom, når det gælder alkoholmisbrug og samtidigt forekommende sindslidelser. Ses der på gruppen med alkoholmisbrug og ikke-specifikke sindslidelser, er der i nærværende litteraturstudie ikke dukket så meget som en enkelt publikation op. Dermed ser det ud til, at den begrænsede litteratur på området tager udgangspunkt i specifikke grupper som unge/ældre og særlige diagnoser som skizofreni/ADHD.

1.7 Om sammenhængen mellem typer af misbrug og typer af psykisk lidelse

Som en sløjfe på forskningslitteraturens billede af de fire målgrupper er det værd at se på, om der er sammenhæng mellem typer af misbrug og typer af psykisk lidelse.

Statens Helsetilsyn i Norge fandt i 2000, at der er sammenhæng mellem typer af psykisk lidelse og typen af misbrug. Patienter med psykoser har typisk et misbrug af cannabis og amfetamin. Patienter med stemningslidelser har typisk alkoholmisbrug, og patienter med personlighedsforstyrrelser har typisk misbrug af opiater (Kielland, 2000).

En kortlægning af patienter med sindslidelse og misbrug indskrevet på et rehabiliteringscenter i Sydafrika viser også signifikante sammenhænge mellem typer af sindslidelser og typer af misbrug. Her havde ADHD-patienter typisk cannabismisbrug eller misbrug af flere forskellige rusmidler. Angstpatienter havde typisk alkoholmisbrug og patienter med stemningslidelser havde typisk kokainmisbrug (Fabricius, 2008).

De to undersøgelser viser således modstridende resultater i forhold til sammenhængen mellem stemningslidelser og typen af misbrug. Her er sammenhængen signifikant for henholdsvis alkoholmisbrug og kokainmisbrug. Det illustrerer, at det kan være vanskeligt at tegne et entydigt billede af sammenhængen mellem typer af sindslidelser og typer af misbrug. Feltet er komplekst.

1.8 Øvrige målgruppeinddelinger

Statens Helsetilsyn i Norge peger på en anden væsentlig opdeling af målgruppen. Det understreges, at der bør skelnes mellem henholdsvis sårbare og udadreagerende grupper samt grupper karakteriseret ved kognitive svigt.

Sårbare grupper er mennesker med angst, depression, spiseforstyrrelser og nogle former for personlighedsforstyrrelser. Udadreagerende grupper består af mennesker med dyssociale træk, emotionelt ustabile træk eller personlighedsforstyrrelser. Den tredje gruppe består af mennesker med kognitive svigt.

Statens Helsetilsyn understreger, at de forskellige grupper – og særligt de sårbare og de udadreagerende grupper – har forskellige behov. Derfor kan det være uhensigtsmæssigt at blande de to grupper i behandlingstilbud (Kielland, 2000).

2 Hvor mange er der?

En væsentlig konklusion på baggrund af litteraturstudiet er, at der ikke findes opgørelser over hvor mange mennesker med sindslidelse og misbrug, der findes i Danmark. Særligt engelske og norske studier estimerer målgruppens størrelse.

Dog er det værd at være opmærksom på, at estimater og forsøg på at indfange målgruppens størrelse giver langt fra entydige resultater. For eksempel konkluderes det i en forskningsoversigt fra Social Care Institute for Excellence (SCIE), at der er store forskelle i målinger af målgruppens størrelse i Storbritannien. Dels mangler der standardisering i diagnose og klassifikationssystemer. Derfor er det vanskeligt at tegne et entydigt billede af målgruppens størrelse. Det gælder også i praksis, hvor begrebsbrug og brug af diagnoser varierer.

Derudover varierer målgruppens størrelse afhængigt af, om målingen foretages blandt befolkningen eller med udgangspunkt i tilbud til mennesker med sindslidelse og/eller misbrug. Og misbrugsmønstre er typisk fluktuerende og vanskelige at måle (Crome et al., 2009).

Det er givetvis en idé at arbejde hen mod mere standardiserede diagnose- og klassifikationssystemer for at få et bedre billede af målgruppen. Spørgsmålet er imidlertid, om det løser problemet, da det i SCIEs forskningsoversigt understreges, at mennesker med sindslidelse og misbrug er *meget* forskellige. Både når det gælder demografiske forhold, individuelle livshistorier, familierelationer samt diagnose og misbrug. Derfor kan gruppen være vanskelig at indkredse (Crome et al., 2009).

I det følgende præsenteres estimater foretaget på baggrund af forskellige kriterier og med fokus på forskellige karakteristika.

2.1 Hvor stor er gruppen i Danmark?

I Danmark er der gjort flere forsøg på at opgøre størrelsen på gruppen af mennesker med en sindslidelse.

I sin ph.d.-afhandling kombinerer Flensborg-Madsen (Flensborg-Madsen 2009) survey-oplysninger med data fra Landspatientregisteret, Det Psykiatriske Centralregister og Winalkodatabasen, der indeholder data om alle patienter behandlet på Alkoholambulatoriet Forchhammersvej og Alkoholenheden på Hvidovre Hospital over en årrække. Med udgangspunkt i ICD-diagnoser og alkoholbrugsforstyrrelser (AUD) viser hun, at 7,6 % (i alt 1756 personer) af dem, som blev inviteret til at deltage i surveyen, er registeret med en AUD. Når denne gruppe fordeles i forhold til, hvem der på et tidspunkt er registeret med en psykiatrisk diagnose i psykiatriregisteret, ser fordelingen sådan ud for udvalgte diagnosetyper:

ICD-diagnosekode	Andel	"Vores" målgruppe
Psykotiske (F20-f29)	8 %	B
Affektive lidelser (F30-34 & 38)	17 %	D
Angst (F40-43)	7 %	D

Personlighedsforstyrrelse (F60)	24 %	D
Blandingsmisbrug (F11-19)	17 %	A/C

Flensborg-Madsen understreger, at omfanget af patienter med dobbeltdiagnose varierer i de tre registre.

Flensborg-Madsens undersøgelse er et forløbsstudium. Hvis resultaterne er repræsentative for fordelingen på landsplan, kan det tolkes som om, at ca. 7 % af alle voksne i den danske befolkning på et tidspunkt i deres liv har et alkoholmisbrug og at cirka halvdelen af den gruppe på et tidspunkt i deres liv vil få en sindslidelse. Det vil sige, at ca. 160.000 voksne danskere på et givent tidspunkt har et alkoholproblem og en sindslidelse.

Regner vi lidt videre på tallene, kan vi forsigtigt estimere, at gruppen af personer med en svær sindslidelse og et alkoholmisbrug udgør ca. 15.000 personer på landsplan, og at gruppen af personer med en lettere sindslidelse indenfor de udvalgte diagnosegrupper og et alkoholmisbrug – forstået som AUD - udgør ca. 75.000 personer. Gruppen af personer med et blandingsmisbrug udgør ca. 27.000 personer. På baggrund af Flensborg-Madsens undersøgelse kan vi ikke sige noget om omfanget af gruppen af personer med en lettere sindslidelse og et stofmisbrug eller om omfanget af gruppen af personer med en sværere sindslidelse og et stofmisbrug.

En anden registerundersøgelse om amternes indsats for sindslidende misbrugere udført af en arbejdsgruppe nedsat af Amtsrådsforeningen baserer sig på data fra Det Centrale Psykiatriregister (2002) og Sundhedsstyrelsens stofmisbrugsregister.

Med data fra psykiatriregisteret viser undersøgelsen, at i alt ca. 11 % af alle voksne i behandling (ca. 80.000 personer) i sygehus- og distriktspsykiatrien i 2002 havde en dobbeltdiagnose bestående af sindslidelse og et misbrug af enten stoffer, alkohol eller begge dele. Her var næsten 30 % (eller ca. 3.000 personer) diagnosticeret som skizofrene (F20) eller med beslægtede lidelser, 23-24 % (eller ca. 2.250 personer) som affektive (F30) og 16-17 % (eller ca. 1.600 personer) var registeret med en personlighedsforstyrrelse. Endelig var ca. 3.000 diagnosticerede med andre diagnoser, hvoraf ca. 2.000 personer var diagnosticeret med angst (F40). I forhold til typen af misbrug havde lidt over halvdelen af hele populationen på de ca. 10.000 personer et alkoholmisbrug ifølge psykiatriregisteret. I forhold til stofmisbrug havde 10 % et blandingsmisbrug og ca. 18 % et misbrug af flere kendte rusmidler.

Undersøgelsen beskriver også fordelingen mellem typen af misbrug fordelt på de hyppigst forekommende sindslidelser på baggrund af registreringerne i psykiatriregisteret. Her ses det, at 39 % af personerne, som lider af skizofreni, har alkohol som foretrukket rusmiddel. Det gælder for 69 % af personerne med affektive lidelser og for 40 % af personerne med en personlighedsforstyrrelse. For gruppen af skizofrene samt for gruppen af personer med en personlighedsforstyrrelse er det hver fjerde, som har et blandingsmisbrug. I gruppen af personer med affektive lidelser er det ca. 10 %.

ICD-diagnosekode	Alkohol	Stof	Både-og
Psykotiske (F20-F29)	39 % (gruppe B) = ca. 1.170 personer	36 % (gruppe A) =ca. 1.080 personer	25 % (gruppe A) = 750 personer
Affektive lidelser (F30-F39)	69 % (gruppe D)= ca. 1.550 personer	21 % (gruppe C)= ca. 475 personer	10 % (gruppe C) = ca. 225 personer
Personlighedsforstyrrelse (F60-F69)	40 % (gruppe D) = 640 personer	35 % (gruppe C) = 560 personer	25 % (gruppe C) = 400 personer

Ved sammenkøringen af data fra de to registre viser det sig, at der er en betydelig underregistrering i registrene. Ud af de i alt 1556 personer, der var registreret i både misbrugs- og psykiatriregisteret, er det kun 39 % (i alt 605 personer), der har en anden psykiatrisk diagnose i psykiatriregisteret. Det er endelig væsentligt at bemærke, at sammenkøringen kun omhandler folk i stofmisbrugsbehandling. Personer i behandling for et alkoholmisbrug indgår ikke i misbrugsregisteret. Når man ser på gruppen af borgere, som er i behandling for deres stofmisbrug, er gruppens fordeling anderledes set i forhold til typen af sindslidelse. Der er således for eksempel færre psykotiske. I undersøgelsen konkluderes det derfor, at stofmisbrugsbehandlingens målgruppe i forhold til borgere med en dobbeltdiagnose er en anden end psykiatriens almindelige målgruppe.

I forhold til målgrupperne for nærværende undersøgelse kan vi meget forsigtigt sammenfatte udvalgte resultater fra de nævnte undersøgelser på følgende vis:

Målgruppe	I Danmark	Indlagt i løbet af et år på psykiatrisk hospital/ambulant behandling (På baggrund af Amtsrådsforeningens registerundersøgelse).
A (svær sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Ca. 1.830 personer
B (svær sindslidelse og alkoholmisbrug)	Ca. 15.000 personer/landsplan	Ca. 1.170 personer
C (let sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Min.1.660 personer**
D (let sindslidelse og alkoholmisbrug)	Min. 75.000 personer/landsplan*	Min. 2.190 personer**
Note: ** Kun ICD10-koderne F30-F34 & F38, F40-F43, F60 & F11-F19.* *** Kun ICD10-koderne: F30-F39 og F60-F69.*		

2.2 Norge anno 2000 - Hvor mange har behov for særlige tilbud?

En ældre norsk kortlægning af mennesker med sindslidelse og misbrug nåede frem til, at der i 2000 var ca. 4000 borgere i Norge med både sindslidelse og misbrug, som havde behov for nye særlige tilbud. Af disse 4000 borgere havde:

- 1200 alvorlig psykisk lidelse i form af psykoser
- 1100 alvorlig psykisk lidelse karakteriseret som andre sårbare lidelser
- 1300 alvorlig psykisk lidelse karakteriseret som udadreagerende
- 300 alvorlig psykisk lidelse i form af kognitivt svigt

Ca. 20.000 borgere blev i kortlægningen karakteriseret som øvrige misbrugere med alvorlig, moderat eller lettere psykisk lidelse, men uden behov for nye særlige tilbud. I denne gruppe indgik særligt misbrugere med angst, depression og personlighedsforstyrrelser; det vil sige særligt sindslidelser, der i dette litteraturstudie karakteriseres som 'lettere psykiske lidelser'.

Det viste derfor, at misbrugere med angst, depression og personlighedsforstyrrelser (lettere psykiske lidelser) ikke havde behov for særlige behandlingstilbud ud over de allerede eksisterende i 2000. Her skal der snarere fokuseres

på koordination mellem de eksisterende tilbud. 6000 misbrugere havde ingen klar psykiatrisk diagnose (Kielland, 2000).

2.3 Stigning i England

En engelsk tidsskriftsartikel påpegede, at antallet af mennesker med sindslidelse og misbrug er steget med 60 % fra 1993 til 1998. Artiklen ser fremad og beskriver metoder til intervention og behandling af den store gruppe. Men baggrunden for den store stigning behandles ikke (Hawkins, 2005). Hvorvidt stigningen er fortsat siden, vides ikke på baggrund af nærværende litteraturstudie.

2.4 Omfanget i USA

Gold (2004) estimerer, at 10 millioner mennesker i USA har mindst én psykisk lidelse – 'lettere' eller 'svær' - og mindst én stofrelateret lidelse i et hvilket som helst år. Det påpeges, at dobbeltdiagnoser er almindelige inden for psykiatrien, men at fejldiagnosticering muligvis er endnu mere udbredt. Derfor understreges det, at narkotika- og alkoholtest bør udvides til det psykiatriske system for at få mere præcise diagnoser af såvel psykiske lidelser som misbrugsrelaterede lidelser (Gold, 2004).

En anden amerikansk undersøgelse fokuserer på ældre med stofmisbrug og sindslidelse. Denne undersøgelse tog udgangspunkt i 'Veterans Health Administrations' database og viste, at 8,9 % af de registrerede ældre (med en gennemsnitsalder på ca. 70 år) havde både bipolar lidelse og stofmisbrug (Sajatovic et al., 2006).

På baggrund af en amerikansk survey gennemført mellem 1980 og 1984 for personer mellem 18 og 54 år konkluderedes det, at der er mellem 30 og 50 % risiko for at få en svær depression, hvis man er diagnosticeret med alkoholisme. Endvidere kunne det konkluderes, at 47 % af borgere med skizofreni har en misbrugsrelateret lidelse. 61 % med bipolær lidelse har også en misbrugsrelateret lidelse (Jacobs et al. i Stohler et al., 2005).

2.5 Unge med sindslidelse, misbrug og hjemløshed

En ny britisk undersøgelse viser, at der i England, Skotland, Wales og Nordirland tilsammen er ca. 75.000 hjemløse mellem 16-24 år. For disse gælder, at:

- Unge kvinder har større sandsynlighed for at være hjemløse end unge mænd
- Halvdelen af unge mænd berørt af hjemløshed har også et misbrug
- 1/3 af unge kvinder berørt af hjemløshed har også et misbrug
- 1/3 af unge mellem 16-17 år berørt af hjemløshed har depression, angst eller andre sindslidelser
- 1/4 af unge mellem 16-24 år berørt af hjemløshed har depression, angst eller andre sindslidelser

Med andre ord er en stor del af de unge hjemløse i England berørt af sindslidelse og misbrug.

2.6 Hvor er der flest?

SCIEs britiske forskningsoversigt viser hvor stor en del af brugerne, der har både sindslidelse og misbrug i en række forskellige tilbudstyper. Fordelingen er som følger:

- Lokale psykiatriske teams (37 %)
- Psykiatriske døgnbehandlingstilbud (56 %)

- Retsmedicinske (62 %)
- Stofmisbrugsbehandling (93 %)

Det ser således ud til, at mennesker med sindslidelse og misbrug udgør en større del af brugergruppen i stofmisbrugsbehandlingen end i andre tilbud.

Ifølge SCIE viste en anden undersøgelse foretaget i psykiatriske centre og misbrugsbehandlingstilbud i England, Skotland og Wales og Nordirland, at ca. 75 % af stofmisbrugere i behandling og 85 % af alkoholmisbrugere i behandling havde psykiske problemer – primært affektive lidelser og angst. Ca. en tredjedel af stofmisbrugerne og halvdelen af alkoholmisbrugerne havde i øvrigt multiple morbidity, hvilket vil sige flere psykiske lidelser og/eller flere typer af misbrug (Crome et al., 2009).

2.7 Målgruppen i psykiatrien

Et norsk studie tegner et billede, der ligner det oven for beskrevne. Her konkluderes det, at 10 % af alle patienter, der modtager behandling i det traditionelle psykiatriske system, har misbrugsproblemer. Men at andelen af mennesker med psykiske lidelser er langt højere inden for misbrugsbehandlingstilbud.

Undersøgelsen beskæftiger sig dog primært med misbrugsproblematikker inden for psykiatrien og pointerer, at psykiatriske patienter med misbrug adskiller sig fra andre patienter ved at kræve mere samarbejde med socialkontorer. Desuden mangler en stor del af disse patienter kommunale støttetiltag, koordination, individuelle planer, behandling ved dobbeltdiagnoseteams, daglige aktiveringstilbud samt kommunale boligtilbud med og uden tilsyn (Gråwe, 2006).

En anden norsk kortlægning nuancerer mellem døgnpatienter og ambulante patienter i psykiatrien. Den viser, at kun 10 % af de undersøgte døgnpatienter og 13 % af de ambulante patienter har en misbrugsrelateret psykiatrisk diagnose. Men ser man på information om patienternes misbrug i de sidste uger før behandlingens start, finder man, at 25 % af patienterne i ambulante behandlingstilbud og 26 % af patienterne i voksenpsykiatriske institutioner har både sindslidelse og misbrug. Desuden understreges det, at omfanget af patienter med misbrug og sindslidelse sandsynligvis er meget større, end kortlægningen viser.

Kortlægningen viser også, at patienter med sindslidelse og misbrug adskiller sig fra de øvrige patienter i psykiatrien. Disse patienter er typisk yngre, behandles akut og har kortere behandlingsophold end de øvrige patienter. Patienter med et misbrug har i øvrigt meget tilfælles med patienter, der har en misbrugsrelateret psykiatrisk lidelse (Lilleeng, 2007).

2.8 Misbrugsproblematik i Sydafrikansk rehabiliteringscenter

Også i udenlandsk forskning finder man en høj grad af komorbiditet med misbrug i behandling af psykiske lidelser. En Sydafrikansk undersøgelse fra 2008 kortlægger målgruppen inden for et privat rehabiliteringscenter i Johannesburg og finder, at over halvdelen af centrets brugere har både sindslidelse og misbrug (Fabricius, 2008).

2.9 Ældre med sindslidelse og misbrug

Et litteraturstudie konkluderer i øvrigt, at gruppen af ældre med sindslidelse og misbrug er voksende. Kortlægninger af ældre (alderen er ikke defineret) med sindslidelse og misbrug giver dog ikke et entydigt billede af, hvor stor denne gruppe er. Antallet svinger fra 7 – 38 % af ældre med psykisk lidelse og 21 – 66 % af ældre med misbrug (Bartels 2006).

3 Særlige målgrupper: Sindslidelse, misbrug og sociale karakteristika

Meget forskning fokuserer på særlige grupper af mennesker med sindslidelse og misbrug. Eksempelvis viser et studie, at der er et stigende antal mennesker med sindslidelse og misbrug, som samtidig er HIV-positive (Bouis et al. 2007). Andre studier fokuserer på etnicitet i forbindelse med psykisk lidelse, stofmisbrug og behandlingsresultater (Buckner 2007; Eliason et al. 2006). Eliason et al. viser for eksempel, at behandlingssucces ser ud til at være påvirket af en række faktorer såsom etnisk oprindelse og køn (Eliason et al. 2006).

En konklusion er desuden, at mere sårbare grupper som hjemløse, teenagere og ældre har særlige behov i forbindelse med behandling og støtte. Og at hjemløse, krænkere, personer med indlæringsvanskeligheder, kvinder, teenagere og ældre har større behov for en koordineret indsats end andre grupper med sindslidelse og misbrug (Crome et al. 2009).

Derudover fokuserer forskningen særligt på betydningen af karakteristika, der knytter sig til køn, alder, hjemløshed og kriminalitet i sammenhæng med sindslidelse og misbrug. Denne forskning præsenteres i det følgende.

3.1 Unge

Væsentlige konklusioner i forhold til alderens betydning er, at unge med sindslidelse og misbrug typisk også oplever en række yderligere sociale problemer såsom kriminalitet og hjemløshed. Forskningen understreger derfor et behov for en integreret eller koordineret indsats over for unge med sindslidelse og misbrug.

Unge under 18 år med sindslidelse og misbrug - og kriminel baggrund

En amerikansk undersøgelse foretaget blandt unge indsatte viste, at 65 % af de indsatte havde både sindslidelse og misbrug. Den understreger samtidig behovet for en effektiv og integreret indsats over for unge indsatte – en indsats som kan tage højde for såvel den kriminelle baggrund, sindslidelsen, misbruget og øvrige sociale problemer, som præger de unges liv (Hussey et al. 2007).

Et engelsk studie fokuserer ligeledes på unge under 18 år, som har sindslidelse og misbrug, og som er i kontakt med det juridiske system. Undersøgelsen afdækker best practice og mangler i indsatsen over for denne gruppe (Durcan et al. 2009).

12 – 18-årige i døgnbehandling for sindslidelse og misbrug

En amerikansk undersøgelse af 12-18-årige i døgnbehandling viste, at 'disruptive behavior disorders' var den mest almindelige diagnose blandt de unge. Desuden havde alle de unge oplevet fysisk og/eller seksuelt misbrug.

Studiet viste samtidig enkelte signifikante forskelle mellem drenge og piger i forhold til typiske diagnoser, at flere piger end drenge havde oplevet seksuelt misbrug og at flere piger end drenge havde forsøgt selvmord. Det understreges, at forskellen mellem kønnene bør inddrages i behandlingen (Deas et al., 2006).

Tilbud til unge med sindslidelse og misbrug

Flere norske undersøgelser og kortlægninger beskæftiger sig med problemer og behandlingsbehov i indsatsen over for unge med sindslidelse og misbrug.

Kielland og Statens Helsetilsyn påpeger i en kortlægning af tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug, at der i 2000 mangler tilbud om misbrugsbehandling til unge. Det foreslås, at misbrugsbehandlingen i mellemtiden skal have en fleksibel nedre aldersgrænse, så også unge under 18 år kan få behandlingstilbud. Det vil forbedre koordination i behandlingen af unge med både sindslidelse og misbrug (Kielland, 2000).

Unge hjemløse med sindslidelse og misbrug – en unik udfordring

Corrigan & Manley påpeger, at unge med sindslidelse, misbrug og hjemløshed er en særlig udfordring, fordi de har mange forskellige behov og er i kontakt med mange forskellige indsatser og tilbud. Derfor er en koordinerende indsats over for denne gruppe afgørende. Desuden stiller de skarpt på skadesreducerende og motiverende teknikker, hvor empirisk forskning viser, at det er:

- Vigtigt at involvere de unge i behandlingen
- Vigtigt at tage udgangspunkt i unges og deres forældres/pårørendes behov - de skal inddrages i planlægningen af indsatsen
- Vigtigt at den unges prioriteringer identificeres ved behandlingsforløbets start

Corrigan & Manley understreger desuden, at yderligere empirisk forskning er nødvendig for at påvirke udviklingen af indsatsen overfor unge hjemløse med sindslidelse og misbrug (Corrigan og Manley, 2009).

Mere om kvinder med sindslidelse og misbrug

Yderligere forskning med fokus på kvinder med sindslidelse og misbrug er:

- *En antologi om kønsperspektivet på misbrug (Leissner & Hedin, 2002).*
- *En undersøgelse af kvinders misbrug og misbrugets konsekvenser for familie og pårørende – med udgangspunkt i subjektive byrder som bekymring, stigma og utilfredshed samt objektive byrder som opløsning i familien. Sindslidelse og misbrug er ikke indikator for konsekvenser for familie og pårørende (Biegel et al., 2007).*
- *En samling af videnskabelige beviser fra præklinisk og klinisk forskning, som bidrager til forståelsen og behandlingen af kvinder med misbrug og sindslidelse (Brady et al. 2009).*
- *En amerikansk undersøgelse af 136 kvinder med misbrug – herunder kvinder med både misbrug og sindslidelse. Der fokuseres på kvindernes sociale netværk samt deres oplevede sociale støtte. Undersøgelsen konkluderer, at kvinderne generelt har små sociale netværk, hvor nogle relationer opleves som en støtte og andre ikke gør. Kvinder med sindslidelse og misbrug oplever mindre konkret og følelsesmæssig støtte fra deres netværk end kvinder, som 'kun' har et misbrug (Tracy & Johnson, 2007).*
- *Et amerikansk litteraturstudie, som understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på kvindelige lovovertrædere som en særlig gruppe (Scott et al., 2006).*

3.2 Ældre

I modsætning til forskning i unge med sindslidelse og misbrug, findes der meget lidt forskning om ældre med sindslidelse og misbrug. Flere konkluderer derfor, at der er behov for mere forskning i gruppen af ældre med sindslidelse og misbrug (Bartels 2006; Sajatovic et al., 2006).

D'agostino et al. påpeger på baggrund af en evaluering af et lokalt behandlingsprogram for ældre med sindslidelse og misbrug, at integreret behandling hjælper. Programmet kaldes Geriatric Addictions Programme og er afprøvet i USA (D'agostino et al., 2006).

Crome et al. fra Social Care Institute for Excellence i Storbritannien kan give en pejling på, hvorfor der findes meget lidt forskning om ældre med sindslidelse og misbrug. De påpeger på baggrund af et omfattende litteraturstudie, at stereotypiske antagelser om ældre og misbrug, ofte får praktikere til at benægte eller negligere misbrug blandt ældre, selvom de kender de fysiske og mentale følger af misbruget. Misbruget ignoreres desuden, fordi de professionelle ikke ved, hvordan de skal håndtere det (Crome et al., 2009).

3.3 Hjemløse med sindslidelse og misbrug

Mange mennesker berørt af hjemløshed har også sindslidelse og misbrug. En amerikansk evaluering af indsatsen over for denne gruppe påpeger imidlertid, at indsatsen over for hjemløshed, sindslidelse og misbrug ofte er fragmenteret og ikke-koordineret. Men gruppens situation er kompleks, og den kompleksitet må behandlingen have øje for (Karper et al., 2008).

Som tidligere nævnt kommer Corrigan & Manley frem til en lignende konklusion i en undersøgelse af unge med sindslidelse, misbrug og hjemløshed – jf. afsnit 3.1 (Corrigan og Manley, 2009).

3.4 Kvinder

En amerikansk undersøgelse af 213 mennesker i misbrugsbehandling og med samtidig psykisk lidelse konkluderer, at der er forskelle mellem mænd og kvinder. Forskellene har betydning for vurdering, planlægning og behandling i indsatsen. Nogle karakteristika for kvinderne i gruppen er, at:

- Flere kvinder end mænd har posttraumatisk stresssyndrom
- Kvinders misbrug er alvorligere end mænds
- Kvinder har i højere grad end mænd psykisk lidelse
- Kvinder har færre problemdage relateret til misbrug end mænd - men flere knyttet til psykisk lidelse
- Kvinder beskriver primært medicinske, sociale og psykiske problemer ved behandlingens start (for eksempel familie, børn, beskæftigelse)
- Kvinder erkender ikke i så høj grad problemer relateret til misbrug, som mænd gør
- Kvinder har i højere grad end mænd børn
- Kvinder misbruger primært kokain, crack og opiater
- Kvinder bor i højere grad end mænd i institutionelle rammer (for eksempel bosteder)
- Kvinder er i højere grad end mænd i kontakt med retssystemet

Desuden tyder det på, at kvinder hurtigere kommer i misbrugsbehandling end mænd (Mangrum et al. 2006).

3.5 Mænd

Mangrum et al.'s undersøgelse af kønsforskelle blandt 213 personer i misbrugsbehandling viser også en række karakteristika for mænd med sindslidelse og misbrug. De:

- Scorer højere end kvinder på målinger af psykisk lidelse og ser således ud til at have alvorligere psykiske lidelser end kvinderne
- Fokuserer mindre end kvinder på deres psykiske problemer
- Anerkender i højere grad end kvinder deres misbrugsproblemer, og misbrugsproblemerne fylder typisk mere hos mænd, end de gør hos kvinder
- Er typisk ældre end kvinder

- Er oftere end kvinder berørt af hjemløshed
- Har primært alkoholmisbrug
- Modtager flere forskellige tilbud end kvinder såsom botilbud, hjælp til madlavning og peer-peer mentor-ordninger

Mænds misbrugsproblematikker fylder således mere end deres sindslidelse, selvom mændene ser ud til at have alvorligere psykiske lidelser end kvinder. Disse forskelle bør indsatsen have øje for (Mangrum et al., 2006).

3.6 Sindslidelse, misbrug og kriminalitet

Mange mennesker med sindslidelse og misbrug berøres også af en tredje udfordring – kriminalitet (Piek 2009). Denne gruppe beskæftiger forskningen sig ofte med.

Fængslede

Mange fængselsindsatte har både misbrug og sindslidelse. Hughes har studeret håndteringen af denne gruppe i et fængsel i East Midlandsområdet i England. Hun konkluderer, at mange af de indsatte her har komplekse misbrug, fysiske og psykiske lidelser og understreger, at fængslet mangler en strategi over for mennesker med disse komplekse problemstillinger. Hun påpeger også, at der er et påtrængende behov for uddannelse og udvikling af indsatsen på området (Hughes, 2009).

Et amerikansk litteraturstudie sætter også fokus på mennesker med sindslidelse og misbrug i fængsler. Her konkluderes det, at det er vigtigt at være opmærksom på mennesker med udviklingshæmning og kriminel baggrund (Scott et al., 2006).

En empirisk undersøgelse blandt 198 kvindelige indsatte i amerikanske fængsler bekræftede, at flere af de indsatte har komplicerede diagnostiske historier knyttet til både sindslidelser og misbrug. Her understreges det, at fængselsopholdet kan give en god mulighed for at vurdere de indsattes behov og give tilbud om støtte (Farkas et al., 2007).

Sindslidelse, misbrug, kriminalitet – og genetik

42 interview med mandlige patienter indlagt på en psykiatrisk sikret afdeling i England og patienternes 18 brødre undersøgte sammenhængen mellem voldelig adfærd, misbrug og sindslidelse. Både patienterne og deres brødre viste høj grad af voldelig adfærd og misbrug – dog var patienterne mere voldelige og havde større misbrug end deres brødre. Konklusionen var derfor, at voldelig adfærd og misbrug ikke kun kan forklares gennem familiemæssige betingelser. Sindslidelse spiller også en rolle. Derfor bør en fortid præget af antisocial adfærd tages i betragtning, når risikoen for vold vurderes hos patienter med sindslidelse og misbrug (Thomson et al., 2009).

Sindslidelse, misbrug og Post-Traumatisk-Stress-Disorder (PTSD) hos lovovertrædere

Kubiak undersøger sammenhængen mellem Post-Traumatisk-Stress-Disorder (PTSD) og misbrug hos lovovertrædere. Hun konkluderer, at mange lovovertrædere har PTSD – særligt kvinder. Ved PTSD er der desuden større sandsynlighed for tilbagefald til kriminalitet. Derfor understreger Kubiak, at det retslige system skal være opmærksomt på PTSD og misbrug hos lovovertrædere og tilbyde behandling for at undgå tilbagefald efter en straf (Kubiak, 2004).

4 Sindslidelse og misbrug - og yderligere sociale problemer

Crome et al. fra Social Care Institute for Excellence (SCIE) påpeger i en forskningsoversigt, at mennesker med sindslidelse og misbrug ofte også oplever en række yderligere sociale problemer. De:

- kæmper med at få hverdagen til at hænge sammen
- oplever mange tab i forhold til:
    - Rutine i hverdagen
    - Sociale netværk
    - Beskæftigelse

De yderligere sociale problemer gør naturligvis livssituationen endnu mere kompleks for mennesker med sindslidelse og misbrug (Crome et al., 2009).

4.1 Målgruppen og sociale netværk

Enkelte forskningsstudier har grebet fat i sammenhængen mellem sociale netværk, sindslidelser og misbrug. En væsentlig konklusion er, at der er behov for yderligere forskning på området.

Et amerikansk litteraturstudie om sociale netværks betydning for målgruppen fokuserer på tre temaer: Strukturelle karakteristika for sociale netværk, netværkets sammensætning og netværkets betydning for behandling og fremgang. Konklusionen var, at sociale netværk både fungerer som indikator for og resultat af sindslidelse og misbrug (Tracy og Biegel, 2006).

En anden undersøgelse fokuserer på, hvordan mennesker med sindslidelse og misbrug oplever støtte fra deres sociale netværk. Det konkluderes, at støtten fra ikke-misbrugere i netværket opleves som større hos patienter sent i behandlingsforløbet end hos patienter, der befinder sig tidligt i behandlingsforløbet. Desuden bliver det pointeret, at den oplevede støtte med størst sandsynlighed kommer fra professionelle og ikke fra det private netværk (MacDonald et al., 2004).

4.2 Sammenhæng mellem miljø og opvækst - misbrug og sindslidelse

Det er værd at stille spørgsmålstegn ved, hvad der kommer først? Misbrug og sindslidelse eller komplekse sociale problemstillinger i den enkeltes liv?

SCIE, Social Care Institute for Excellence, har i 2009 udarbejdet en forskningsoversigt om relationen mellem sindslidelse og misbrug. Her påpeges det, at omsorgssvigt og overgreb i barndoms- og ungdomsårene øger risikoen for at udvikle sindslidelse og misbrug (Crome et al., 2009).

5 Sammenfattende om målgruppen

Med det foregående afsnit tegner der sig et billede af en samlet målgruppe, der er præget af yderst komplekse psykiske, misbrugsrelaterede og sociale problemstillinger, hvor årsag-virkningsforhold er langt fra entydige. Oven i misbrug og psykisk lidelse kommer ofte omsorgssvigt, hjemløshed, kriminalitet, beskæftigelsesproblemer og en kamp for at få hverdagen til at hænge sammen.

Stilles der skarpt på de fire målgrupper inddelt efter henholdsvis svær og lettere psykisk lidelse og henholdsvist stof- og alkoholmisbrug viser forskningslitteraturen sammenfattende, at:

- **Målgruppe A:** Gruppen med svær psykisk lidelse og stofmisbrug ser ud til at være den mest ressourcekrævende gruppe i forbindelse med behandling af sindslidelse og misbrug. Det er en gruppe, som har van-

skeligt ved at gennemføre behandlingsforløb. Desuden er der i forhold til denne gruppe fokus på sammenhængen mellem stofmisbrug og psykisk lidelse. Flere studier peger på risikoen for stofudløste psykoser og på, at stofmisbrug øger risikoen for tilbagefald i forhold til den psykiske lidelse.

- **Målgruppe B:** Gruppen med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug er ikke særligt belyst i forskningslitteraturen. Kun et enkelt amerikansk studie med særligt fokus på ældre med skizofreni og alkoholmisbrug er fundet i forbindelse med nærværende litteraturstudie. Undersøgelsen viser her, at alkoholmisbruget forværrer prognoserne i forhold til diagnosen, og at flest mandlige patienter har et alkoholmisbrug.

- **Målgruppe C:** Gruppen med lettere psykisk lidelse og stofmisbrug er den mest belyste gruppe i forskningslitteraturen. Konklusionerne peger på, at gruppen er præget af komplekse problemstillinger, som betyder, at gruppen har komplekse behandlingsbehov og understreger et behov for integreret behandling af denne patientgruppe. I det hele taget efterlyses tilbud, der tager højde for både psykisk lidelse og stofmisbrug, og som minimum at personale og medarbejdere i forskellige behandlingstilbud har viden om begge problemstillinger. Adfærdsmæssigt peger forskningslitteraturen i øvrigt på, at denne gruppe har tendenser til at være mere voldelig end andre patientgrupper. Samtidig påpeges det, at gruppen med tilpasningsreaktion (ICD 10: F43.2) er lettere og mindre ressourcekrævende at arbejde med end andre grupper. Sidst nævnes et øget fokus på ADHD og stofmisbrug, der ifølge flere opleves som et stigende problem.

- **Målgruppe D:** Forskningslitteraturen med fokus på gruppen af borgere med lettere psykisk lidelse og alkoholmisbrug er meget begrænset (ligesom ved gruppen med svær psykisk lidelse og alkoholmisbrug). Dette er til trods for, at der er meget komorbiditet mellem for eksempel lettere depressioner og alkohol. De få undersøgelser om gruppen peger på, at unge med ADHD-diagnose har større og alvorligere alkoholforbrug end unge uden ADHD-diagnose. Det samme ser ud til at være tilfældet for diagnoserne ODD, angst- og stemningslidelser. Desuden viser forskningslitteraturen, at depression og alkoholmisbrug er den mest fremtrædende type af komorbiditet blandt ældre.

Forskningslitteraturen tegner således et udmærket billede af grupper med stofmisbrug og svær eller lettere psykisk lidelse, men et spartansk billede af grupper med alkoholmisbrug og svær eller lettere psykisk lidelse.

Også billedet af, hvor stor målgruppen/målgrupperne er, står temmelig 'sløret'. Estimater af målgruppens størrelse baserer sig på vidt forskellige grundlag fra undersøgelse til undersøgelse, og ofte stilles der skarpt på meget specifikke diagnoser, misbrugstyper, demografiske karakteristika eller brugere af bestemte tilbud. Derfor er det vanskeligt at danne indtryk af den samlede målgruppe. Ikke desto mindre er det lykkedes at estimere målgruppernes størrelse i Danmark.

5 Indsatsbehov

I dette kapitel præsenteres den ganske omfattende litteratur om målgruppens behov for social støtte og behandling og udfordringerne ved leveringen af denne. Litteraturen er grupperet under følgende overskrifter:

- Behov for støtte i hverdagen
- Behov for behandling
- Behov for kompetencer hos professionelle
- Litteratur om brugerperspektiv på støttebehov
- Behov for indsats i forhold til særlige grupper

1 Støtte i hverdagen

En del litteratur beskæftiger sig med mennesker med dobbeltproblematiks behov for støtte uden for en behandlingskontekst. Det handler særligt om det sociale netværk, om nærmiljøet, om støtte i forbindelse med at opretholde en bolig og om sammenhængen mellem behandling og social indsats.

1.1 Det sociale netværks rolle

Der er i forskningen enighed om, at personers specifikke sociale netværk både kan ses som en årsag til dobbeltproblematik og som et resultat af at leve med en dobbeltproblematik. Dette fastslås i et litteraturstudie, hvor der endvidere påpeges behov for yderligere undersøgelser af det sociale netværks betydning i forhold til parathed til behandling, opretholdelse af behandlingsforløb og i recoveryforløb. Endvidere mangler der undersøgelser rettet mod specifikke diagnoser og i forhold til køn, etnicitet og race (Tracy og Biegel, 2006).

Også andre forfattere peger på manglen på metodologisk stærk forskning, men påpeger samtidig, at der er forskning, der viser, at familien kan spille en stor rolle i forhold til at forhindre brug og senere misbrug af stoffer og alkohol (Copello i Graham et al., 2003; Bucciarelli, 2005).

I et studie af Hawkins og Abrams (2007) undersøges årsagerne til personer med dobbeltproblematiks ofte små sociale netværk og disse netværks betydning for personernes mulighed for at komme sig. Studiet omhandler specifikt denne videnbases målgruppe A. Blandt de undersøgte personer, der alle var tidligere hjemløse i New York City, viste det sig, at:

- Personerne i de undersøgtes sociale netværk døde tidligt
- De undersøgte trak sig i kontakten med andre eller skubbede andre væk
- Venner og familie havde så store udfordringer selv, at de ikke havde overskud til at stille sig til rådighed for de undersøgte
- Når de undersøgtes sociale netværk formindskes, var der to typer af reaktioner. Nogle reagerede ved at prøve at opbygge et nyt socialt netværk, der ofte var præget af negativ social kapital. Andre trak sig helt fra kontakt med andre.

1.2 Bolig

Centralt i litteraturen står den norske Statens Helsetilsyns "Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende misbruk" fra 2000. I denne udredning, der omhandler behov hos og tilbud til en målgruppe på 4000 borgere, der ikke kan udnytte det eksisterende behandlingstilbud, opgøres det, at ca. 30 % af patienterne var boligløse, kun havde midlertidig bolig eller boede hos nære slægtninge. Det konkluderedes, at der er et stort behov for skærmede boliger med både dag- og døgnstøtte særligt for borgere i målgruppe A (Kielland, 2000).

Også den efterfølgende udredning fra Statens Helsetilsyn i Norge omhandler behov hos og tilbud til patienter med dobbeltproblematik. I forhold til borgere i målgruppe A bliver det her fremhævet, at der er behov for en kombination af tilpassede botilbud, beskæftigelsestilbud, fritidstiltag, opsøgende indsats og indlæggelse i begrænsede perioder. Det fremhæves som vigtigt, at indsatsen gives i borgerens nærmiljø, da der ofte er tale om meget langvarige indsatser. Længerevarende institutionsophold vil betyde, at kontakt med hjemmemiljø og netværk brydes. De få borgere, som konkluderedes at have behov for længerevarende ophold på specialinstitutioner, var borgere, der havde en særlig aggressiv og udadreagerende adfærd, og var således ikke primært begrundet i hverken misbrug eller psykisk lidelse (Skarstein, 2000). En vigtig pointe er her, at den konkrete støtte skal baseres på personens adfærd og ikke alene på diagnose eller misbrugsmønster. I forlængelse af dette peger en slovensk undersøgelse fra 2009 på, at anvendelsen af medicinske termer i den sociale indsats for borgere med dobbeltproblematik kun tjener til stigmatisering af støttemodtagerne, og at denne stigmatisering ofte betyder, at brugerne bliver ekskluderet fra hjælp. Forfatterne peger i stedet på, at planlægningen af den sociale indsats skal baseres på brugerens hverdagsliv og brugerens egne ønsker og behov (Kvaternik et al., 2009).

En større undersøgelse af, hvilke behov udbydere af botilbud til personer med dobbeltproblematik i Australien oplever, viser, at beboernes behov for støtte for halvdelen af tilbuddenes vedkommende ikke kan dækkes. Dette gælder særligt fællesboliger med begrænset støtte. Der blev fundet behov for boliger, hvor der også er adgang til behandling og en langt større grad af interorganisatorisk samarbejde. Endvidere konkluderes det, at der mangler forskning på området (Dadich og Swift, 2008).

Også amerikanske undersøgelser peger på bolig som et vigtigt element i den samlede indsats særligt i forhold til personer med dobbeltproblematik, der er hjemløse og ikke modtager psykosocial støtte (Mueser et al., 2005).

1.3 Sammenhængen mellem social støtte og behandling

Erfaringer fra forsøg med integration af omfattende social støtte, psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling i Odense Kommune (Vista Balboa) viser, at det gennem en målrettet, individuelt tilpasset støtte kan lade sig gøre at mindske indlæggelsesdage og fastholde borgere i egen bolig, uden at det fører til forringet psykisk tilstand eller forværret misbrugsmønster. Brugernes behov for støtte handler om: Løbende samtaler, samtaler med pårørende og samarbejdsparter, rengøring, madlavning, medicinering, kontakt til det øvrige offentlige system, motiverende samtaler og kognitiv adfærdsterapi. Endvidere har borgerne behov for, at støtten er tilgængelig på alle tider af døgnet enten ved personlig kontakt eller telefonisk kontakt. Målgruppen for den pågældende indsats er borgere i denne rapports målgruppe A og B (Olsen, 2000). I en beskrivelse af tre projekter om tilbud til personer med dobbeltproblematik i Storbritannien peges der også på en række behov for social støtte for at opretholde hverdagslivet i nærmiljøet. Her nævnes: Støtte til at opretholde bolig (for eksempel at betale husleje til tiden), assistere med budget og økonomi, hjælpe med adgang til sundhedssystem, længerevarende følelsesmæssig støtte, døgntelefonstøtte og generel støtte i forhold til andre myndigheder (Hopkins, 2007).

I Norge er der i 2008 publiceret resultater fra en evaluering af bostøtte til mennesker med dobbeltproblematik, der bor i egen bolig. Her er det præciseret, at støtten ikke har et behandlende eller rehabiliterende sigte, men sigter mod at skabe en tryg og varig boligsituation for brugerne gennem hjælp og vejledning i praktiske hverdagssituationer (Haukelinen, 2008).

Socialministeriets 'Undersøgelse af tilbud til Hjemløse, Misbrugere og Sindslidende' (2001-2003) beskæftiger sig blandt andet med forholdet mellem behandling og social støtte til borgere med både sindslidelse og misbrugsproblemer. Her påpeges fra både kommuner, forsorgshjem, misbrugsbehandlingen og private og frivillige aktører på området, at psykiatrien udskriver borgere med dobbeltproblematik for hurtigt og at samarbejdet omkring denne gruppe fungerer dårligt flere steder i landet. De steder, hvor der ikke nævnes specifikke samarbejdsproblemer omkring denne gruppe af borgere, er der oprettet tilbud specifikt rettet mod personer med dobbeltproblematik (Ebsen et al., 2003).

Også engelske Social Care Institute for Excellence peger i deres Research Briefing 30 på behovet for tæt sammenhæng mellem behandling og social støtte (Crome et al., 2009).

2 Behandling

En stor del af litteraturen om indsatsbehov tager ikke overraskende udgangspunkt i behandling. Fokusset på behov er således indirekte: Den gode indsats peger på brugernes behov netop ved, at indsatsen tager højde for disse. Behovet for indsats for målgruppen kædes således sammen med en lang række specifikke behandlingsprogrammer og tilgange. Litteratur og forskning om enkelte behandlingsprogrammer præsenteres i følgende kapitel. I dette afsnit fokuseres der på litteratur om:

- Generelle krav til behandlingen for at denne kan tage højde for målgruppens særlige behov
- behov for fokus på misbrug i psykiatrien
- behov for en indsats, der bygger på skadesreduktion

2.1 Behandling til borgere med særlige behov

På baggrund af en undersøgelse på Odense Universitetshospital i 2000 konkluderes det, at vigtige forudsætninger for vellykket behandling af mennesker med skizofreni og misbrug (det vil sige målgruppe A og B) er:

- En let adgang til det psykiatriske system for både patienter og samarbejdsparter
- At der laves en diagnosticering af patientens misbrug
- At misbrugsbehandling skal indgå i patientens behandlingsplan
- At der bør være fokus på kortere indlæggelser, hvor der skal gennemføres diagnosticering, akut behandling, stabilisering og behandlingsplanlægning

Det anføres i rapporten, at flere undersøgelser peger på, at skizofrene misbrugere ikke har gavn af længerevarende indlæggelser. For at kunne lave en samlet analyse af brugerens misbrugssituation indsamles oplysninger om dette fra flere kilder, herunder patienten selv, pårørende og andre behandlere. Endvidere gennemføres somatiske undersøgelser og test.

I samme studie anbefales på baggrund af en litteraturgennemgang integreret misbrugs- og psykiatrisk behandling. Denne skal være fleksibel, opsøgende og integreres med mange andre indsatsområder såsom bolig, beskæftigelse, fritidsaktiviteter, personlige færdigheder, daglig livsførelse og interpersonelle relationer. Endvidere skal den have et langtidsperspektiv og der bør være tæt opfølgning. Behandlingen kan med fordel være faseinddelt (Rask, 2000).

Et norsk studie underbygger behovet for en indsats, der kan rumme både psykiatri og misbrugsbehandling. I tre nationale kortlægninger blev det fundet, at 10 % af patienterne i psykiatrien (sengeafsnit og distrikt) har misbrugsproblemer. Samtidig blev det fundet, at 47 % af brugerne i misbrugsbehandling har en psykisk lidelse. Mange af disse brugere modtog ikke nogen form for behandling for den ene af deres problemstillinger. I studiet påpeges det,

at målgruppen kræver mere samarbejde med social- og omsorgssektoren, mange mangler kommunale støttetilbud, en individuel plan, aktiveringstiltag og botilbud (Gråve og Ruud, 2006).

En lang række særligt amerikanske undersøgelser bekræfter behovet for integreret behandling. I en stor del af litteraturen understreges det, at der mangler forskning, men at særligt borgere i målgruppe A og B kan have gavn af en integreret behandling. Integreret behandling skal forstås som et behandlingstilbud med 'dobbeltkompetence', det vil sige behandlere, der både kan tage hånd om den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen. Den integrerede behandling skal planlægges i forhold til brugerens aktuelle motivationsniveau og kan med fordel faseopdeles (Barrowclough, 2006; Ducharme et al., 2006; Mueser et al., 2005; Kruszynski et al., 2006; Department of Health, 2003). Litteraturen peger også på, at den integrerede indsats skal være opsøgende (Merinder, 2007) og koordineres med andre indsatsområder, herunder beskæftigelse (Ducharme et al., 2006; Rapp et al., 2008).

I det britiske sundhedsministeriums guide til god praksis for indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose peges der på, at en velkoordineret parallel indsats, hvor borgeren behandles sideløbende i to forskellige systemer (misbrugsbehandlingssystem og psykiatrisk system), kan være et trin på vejen mod en egentligt integreret indsats (Department of Health, 2003). Dansk og svensk litteratur peger også på behov for god koordination på tværs af organisationer og sektorer for borgere med psykiske lidelser og omfattende misbrug (Ebsen et al., 2003; Johansson et al., 2005).

Også behovet for præcis diagnosticering kan genfindes i amerikanske publikationer (Jacobs et al. i Stohler og Rössler, 2005).

Et alternativ til integreret behandling er en specialisering i en af de to behandlingssektorer, hvor der er særligt fokus på eller rum til brugere med dobbeltproblematik. Således anbefales det i Storbritannien, at patienter med dobbeltproblematik behandles inden for psykiatrien og at dette system tilpasses, så disse borgere kan rummes her (Department of Health, 2003).

En vellykket lokalpsykiatrisk behandlingsindsats, der tager højde for målgruppens behov, kræver mere fleksibilitet, mindre intensitet og en mere individuel tilgang i behandlingen end den standardiserede behandling i det psykiatriske system (De Leon i Stohler og Rössler, 2005). Dette bakkes op af flere undersøgelser – også nordiske. Her understreges det, at der er behov for grundig udredning omkring både psykiatri, misbrug og livssituation og et følgende bredt samarbejde mellem sundheds-, omsorgs-, familie- og socialt system (Skarstein, 2000).

2.2 Misbrugsbehandling i psykiatrien

En hel del litteratur beskæftiger sig med behov for behandling af patienter med misbrug inden for psykiatrien. Her understreges det blandt andet, at det er så almindeligt, at patienter har misbrug (Minkoff, 2005), at der bør være flere forskellige tilbud inden for psykiatrien til denne gruppe. Det foreslås i en norsk undersøgelse, at patienter med misbrug og alvorlig psykisk lidelse (Det vil sige målgruppe A og B) modtager integreret behandling i psykiatriens regi. At patienter med misbrug med mindre alvorlige lidelser (det vil sige målgruppe C og D) kan have behov for jævnlig opfølgning fra ambulant psykiatri og kortere indlæggelser, eventuelt mens de er i behandling i misbrugsbehandlingssystemet. Og endelig at patienter med lette psykiske lidelser primært bør håndteres i kommunalt regi og at behov for institutionsophold bør gennemføres i misbrugsbehandlingssystemet (Skarstein, 2000).

Flere studier peger endvidere på behovet for relevante udredningsstrategier for at identificere patienter med misbrug (Bloye et al., 2003; Noordsy et al. in Graham et al., 2003; Rask, 2000; Lilleeng, 2007).

2.3 Skadesreduktion

Litteraturen behandler også en skadesreducerende tilgang. Heraf peger noget litteratur på, at skadesreduktion kan være et første skridt på vejen mod behandling (Ebsen et al., 2003; Høbsbro et al, 2003; Don, 2005). På denne måde kan skadesreduktion være et vigtigt element i en samlet indsats.

3 Kompetencer

En del litteratur beskæftiger sig med hvilke kompetencer, der er nødvendige for at levere god støtte og behandling til mennesker med dobbeltdiagnose. Litteraturen kan opdeles i følgende temaer:

- Litteratur om hvilke kompetencer, der efterspørges
- Litteratur om, hvordan de efterspurgte kompetencer udvikles
- Lærebøger og grundbøger
- Behandlingsguider, manualer og vejledninger

3.1 Hvilke kompetencer er der behov for?

Flere studier slår fast, at der er brug for flere kompetencer omkring indsatsen for mennesker med dobbeltproblematik blandt frontliniepersonale både i primærsektor og i hospitalssektoren. Blandt andet i et studie med bidrag fra både USA, Storbritannien og Australien (Baker et al., 2007). Der er endvidere behov for viden om brugen af legale og illegale stoffer på psykiatriske afdelinger (både i forhold til målgruppe A og B), da både sygeplejersker og andre faggrupper har udtalt fordømmende attitude overfor misbrugere i det psykiatriske system (Barry et al., 2002).

Hughes et al. (2007) drøfter behovet for opkvalificering af personale på psykiatriske hospitalsafdelinger for at kunne implementere de nationale retningslinier i Storbritannien. Der mangler kompetencer i forhold til udredning, intervention og planlægning af behandling for patienter med dobbeltproblematik.

Et studie slår fast, at der generelt er mere kompetence i misbrugsbehandlingen end i psykiatrien i USA i forhold til indsatsen for mennesker med dobbeltproblematik (Mangrum et al., 2008).

I en undersøgelse af implementeringen af integreret behandling for målgruppe A i USA, peges der på, at medarbejderstabilitet er afgørende. Dog kan vanskeligheder omkring medarbejderstabilitet overkommes, hvis der er særligt fokus på dette (Woltmann et al., 2007).

I forhold til alternative metoder til kompetenceudvikling blandt de professionelle, peges der i en engelsk artikel fra 2009 på muligheden for at inddrage brugere i planlægning og gennemførsel af uddannelse af personale. Dette kan medvirke til, at der kommer mere fokus på de støttebehov, som patienterne oplever (Eden et al., 2009).

En enkelt tekst behandler kompetencebehovet for frivillige, der arbejder med personer med dobbeltproblematik. Erfaringerne fra fire projekter i Storbritannien diskuteres og det konkluderes, at frivillige hurtigt oplever udbrændthed, og at de ikke kan tilbyde så mange forskellige former for støtte. Der er behov for yderligere uddannelse på området (Scott et al., 2001).

3.2 Hvordan udvikles kompetencer?

I Department of Healths 'Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings: Guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems' er der et afsnit om træning og undervisning af personale. Her peges der på, at der er behov for specifikke undervisningsprogrammer om patienter med dobbeltproblematik. Disse bør være tværfaglige og tværorganisatoriske og bør indeholde undervisning i udredning, behandling og planlægning af indsatsen. Det anbefales endvidere, at personale får mulighed for at bruge tid i en specialistenhed for at udvikle kompetencer og skabe netværk (Department of Health, 2006).

I en engelsk tekst diskuteres tre konkrete forsøg med at opkvalificere personale i distriktspsykiatrien i forhold til indsatsen for personer med dobbeltproblematik. Alle tre projekter baserede sig på kortere kurser, der alle havde begrænset effekt. Dog peges der på COMPASS-projektet i Birmingham som et forsøg med positive resultater for målgruppen. I dette forsøg modtog personalet undervisning over seks halve dage og supervision. Undervisningen baserede sig på kvalifikationer rettet mod opsøgende psykoseteam (Hughes et al., 2007).

Forsøg med mere aktiv inddragelse af patienter i tilrettelæggelsen af behandlingen i Belgien (Bryssinck et al., 2005) fører til afmystificering af roller og funktioner.

Der kan peges på et udvidet samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner som en mulighed for kompetenceudvikling i forhold til indsats for mennesker med dobbeltproblematik (Manley et al., 2008).

I en engelsk artikel fra 2009 diskuteres muligheden for at udvikle kompetencer hos personale på psykiatriske sengeafsnit gennem praksisforskning (Barrett, 2009).

Et studie med bidrag fra både USA, Storbritannien og Australien giver bud på træning og supervision til personale, der arbejder med patienter med dobbeltproblematik (Baker et al., 2007).

3.3 Lærebøger og grundbøger

Lærebøger, håndbøger og grundbøger beskæftiger sig ofte ikke alene med dobbeltdiagnoseproblematikker, men indeholder afsnit eller generelle overvejelser omkring indsatsen for målgruppen. Der er en overvægt af psykiatribøger i denne litteratur.

Der blev i 2003 udgivet en amerikansk grundbog om behandling og udredning specifikt i forhold til af dobbeltdiagnosticerede patienter (Dennison, 2003). Ligeledes eksisterer der to britiske grundbøger om praksis i forhold til patienter med misbrug i psykiatrien. Den ene med fokus på sygeplejepraksis (Rasool, 2001 og 2006).

En dansk lærebog i distrikspsykiatri indeholder også afsnit specifikt om indsatsen for personer med dobbeltproblematik (Blinkenberg et al., 2002). Der kan desuden peges på en britisk grundbog i psykiatri for omsorgspersonale, hvor der indgår afsnit om personer med dobbeltproblematik (Kinsella og Kinsella, 2006).

3.4 Retningslinjer for behandling

En del litteratur er eksplicit vejledning for praktikere i, hvordan service, behandling og/eller støtte skal leveres til mennesker med dobbeltdiagnose. Denne litteratur kan være relevant at kigge nærmere på i det tilfælde, at der i Danmark skal udvikles nationale retningslinjer. Der er stor efterspørgsel efter dette blandt eksperter på området.[6]

Et par vejledninger handler eksplicit om integreret behandling. Begge er amerikanske. Den ene er forfattet af Mueser et al. i 2003. Endvidere er der udviklet en behandlingsmanual for integreret behandling baseret på kognitiv adfærdsterapi (Graham et al., 2003). Begge vejledninger er rettet særligt mod borgere i målgruppe A og B.

En del vejledninger er rettet mod det psykiatriske behandlingssystem. Herunder en amerikansk vejledning i at arbejde med afhængige patienter i psykiatrien, der omhandler arbejdet med alle målgrupper (Bornstein, 2005).

I Storbritannien har sundhedsministeriet udgivet to vejledninger omkring patienter med dobbeltproblematik. Den første fra 2003 hedder 'Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide' (Department of Health, 2003) og den senere fra 2006 hedder 'Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings: guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems' (Department of Health, 2006). Vejledningerne retter sig mod indsatsen for alle fire målgrupper.

[6] Misbrug og sindslidelse – rundbordssamtale for eksperter afholdt i Socialt Udviklingscenter SUS den 16. juni 2010

Yderligere er der udgivet en guide til udredning og behandling med bidrag fra eksperter fra både USA, Storbritannien og Australien (Baker et al., 2007).

Mere bredt rettet til personale både i psykiatrien og i misbrugsbehandlingssystemet er der udviklet en værktøjskasse baseret på erfaringer fra engelske forsøgsprojekter (Hawkins, 2005).

Mere sjældent er der også udgivet en vejledning skrevet til personale i misbrugsbehandlingssystemet i Storbritannien om arbejdet med misbrugere, der også har en psykisk lidelse (Vose, 2005).

I forhold til mere specifikke metoder er der udgivet en norsk vejledning i gruppebaseret behandling med tilhørende arbejdshæfte (Gråwe et al., 2002, 2008). Dette er videreudviklet i et gruppebaseret lærings- og mestringsprogram (Gråwe et al., 2009). Programmet er rettet mod både målgruppe A, B, C og D.

I Bender et al. (2006) beskrives retningslinier for behandling af unge med dobbeltproblematik på baggrund af et systematisk review af eksisterende litteratur. Særligt fremhæves adfærdsterapi med fokus på familien som værende effektivt i forhold til denne målgruppe.

4 Brugerperspektiv

Som det fremgår af ovenstående afsnit, er der generelt ikke meget litteratur, der tager udgangspunkt i brugernes perspektiv. Det må dermed siges at være uudforsket, hvad mennesker med sindslidelse og misbrug *selv* ønsker og oplever behov for, og hvordan de *selv* forstår deres situation. Det gælder også inddragelsen af pårørende i både forskning og behandling (Hodges et al., 2006).

Langt de fleste undersøgelser tager udgangspunkt i de eksisterende tilbuds oplevelse af, hvordan brugerne hjælpes bedst. I dette afsnit har vi samlet litteratur, der fokuserer på brugere og pårørendes oplevelser og rolle i støtte og behandling. Denne litteratur kan opdeles i fire temaer:

- Recovery
- Hverdagsfortællinger af eller om mennesker med dobbeltproblematik
- Pårørendes oplevelse af behov for støtte og behandling
- Brugernes oplevelse af behov for støtte og behandling

Recovery

Også i forhold til personer med dobbeltproblematik vinder recoveryperspektivet indpas. Denne udvikling beskrives blandt andet i Davidson et al. (2008), hvor der peges på det centrale i at sætte mennesket i centrum som ekspert i forhold til at leve med de udfordringer, personen har, og også som ekspert i forhold til at komme sig fra problemerne. To recovery modeller præsenteres – en fra hver behandlingssektor – og integreres til en samlet model for dobbelt recovery.

Hverdagsliv med dobbeltproblematik

I en psykiatrikritisk bog gives en række eksempler på hverdagslivet med sindslidelse og misbrug i Norge. Eksemplerne er bygget på samtaler og konkrete bidrag fra de personer, hvis hverdagsliv beskrives. Der peges på uheldige konsekvenser ved brug af psykofarmaka (Vegge, 2004).

Pårørende

Også de pårørendes oplevelser af hverdagen med en person med dobbeltproblematik præsenteres i en norsk bog. Bogen beskriver de sociale, juridiske og medicinske aspekter af livet med et sammensat sygdomsbillede. I takt med nedlæggelsen af sengepladser og større institutioner har pårørende fået en mere central rolle i livet for mange personer med dobbeltproblematik. Bogen indeholder flere beskrivelser af pårørendes negative oplevelser af mødet med det psykiatriske behandlingssystem, hvor der efterlyses åbenhed og forståelse for brugerens og de pårørendes situation (Lønne, 2006).

I Bucciarellis tekst (2005) beskrives historier fra et sengeafsnit med fokus på, hvordan man kan undgå skyld og skam og på, hvordan familien kan spille en rolle i patientens bedring.

Oplevet støttebehov

I et fænomenologisk studie af unge sindslidende med misbrug af ikke-ordinerede stoffer konkluderes det, at en effektiv behandlingsindsats kræver en individuel tilgang, der sætter fokus på den enkeltes behov. Det er nødvendigt at opstille realistiske mål afstemt den enkelte bruger i en fleksibel hjælpepakke (Barrett et al., 2005). Også i en svensk artikelsamling tages der udgangspunkt i brugernes perspektiv. Blandt andet gives der indsigt i mennesker med sindslidelse og misbrugs selvopfattelse og problemopfattelse (Armelius, 2002).

5 Særlige målgrupper

En del litteratur omhandler indsatsbehovene for særlige målgrupper med dobbeltproblematik. Det vil sige målgrupper, der ikke er defineret i forhold til misbrugs- og/eller psykiatriske problemstillinger. Det drejer sig om indsatsbehov for unge, ældre, fængslede, hjemløse og mennesker med somatiske sygdomme.

Unge

I en britisk artikel argumenteres der for, at mange unge ikke modtager tilstrækkelig støtte i forhold til deres sindslidelse og misbrug, og at indsatsen kan styrkes ved øget samarbejde mellem forskellige organisationer (Smith, 2008).

Ældre

I USA er der gennemført forsøg med distriktsbaseret behandling af ældre med psykisk lidelse og misbrugsproblemer. 120 personer deltog i forsøget. Af disse havde 90 % et alkoholmisbrug og kun 15 % et stofmisbrug. Indsatsen bestod primært i at assistere med kontakt til behandlingssystemerne og motiverende samtaler. Det konkluderes, at forsøgsindsatsen giver et positivt resultat (D'Agostino, 2006).

Et litteraturreview fastslår, at der er brug for mere målrettet forskning i forhold til indsatsen for ældre med dobbeltproblematik. Samtidig fastslår artiklen, at ældre med sindslidelse og misbrug er et stigende problem i USA (Bartels et al., 2006).

Fængslede

En del litteratur omhandler indsatsen for mennesker med dobbeltproblematik, der er fængslede. Et engelsk studie peger på, at der i fængslerne er meget lidt samarbejde mellem psykiatri og stofmisbrugsbehandling, og at dette går ud over behandlingen af fængslede med dobbeltproblematik (Hughes, 2009). I et fængsel i Londonområdet har der været gennemført forsøg med gruppebehandling for fængslede med psykiatrisk lidelse og misbrug (Piek, 2009). Endvidere har der været gennemført uddannelsesforløb i fem fængsler i Londonområdet med effekt på holdninger hos personalet og en oplevelse af øgede kompetencer hos personalet (Hughes, 2006). Et amerikansk

studie af behandlingsbehov og –villighed hos kvindelige indsatte peger på fængslet som en mulighed for grundig udredning og for intervention af personer, der ofte har meget komplicerede diagnostiske historier (Farkas et al., 2007).

Som det fremgår, har der særligt i Storbritannien været fokus på dette felt, og det britiske Ministry of Justice har da også i 2009 udgivet en vejledning omkring indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose, der er fængslet (Ministry of Justice, 2009).

Hjemløse

Der er også litteratur, der specifikt omhandler indsatsbehov for mennesker ramt af hjemløshed. Her peges der blandt andet på, at der er behov for mere samarbejde mellem forskellige udbydere af tilbud til hjemløse (Shelter, 2007; Pickett-Schenk et al. i Graham et al., 2003). Her peger også en dansk undersøgelse på, at mange med dobbeltproblematik opholder sig på tilbud til hjemløse og har problematisk kontakt til både misbrugsbehandling og psykiatrien (Høgsbro et al., 2003).

Somatisk sygdom

I forhold til litteratur om indsatsen for mennesker med dobbeltproblematik og andre somatiske lidelser, er der et særligt fokus på indsatsen for mennesker med HIV. Gruppen af HIV-smittede bliver større, og indsatsbehovet er derfor voksende (Razzano i Graham et al., 2003; Bouis et al., 2007).

6 Opsamling

Opsamlende kan det siges, at forskning om behovene for indsats tager udgangspunkt i behandlings- og støttetilbuddenes perspektiv. Langt de fleste studier tager afsæt i forskellige psykiatriske tilbud. Meget få studier arbejder systematisk med at kortlægge personer med dobbeltbelastnings egne oplevelser af behov for støtte og behandling. Dette betyder også, at der er meget lidt litteratur, der har et specifikt recoveryorienteret fokus.

En vigtig pointe er, at målgruppen er meget heterogen selv inden for hver af de fire målgrupper. Blandt andet derfor skal indsatsen tilrettelægges meget individuelt. Flere studier peger også på, at der i tilrettelæggelsen af indsatsen skal fokuseres mere på borgerens funktionsniveau end på diagnoser og misbrugsmønstre.

Litteraturen peger relativt entydigt på, at især mennesker i målgruppe A og B har behov for en indsats, hvor misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er integreret og tæt koordineret med en social indsats, der skal tage udgangspunkt i en grundig udredning af personens livssituation. Den sociale støtte skal have særligt fokus på brugernes boligsituation og på støtte til praktiske gøremål i hverdagen. Endvidere skal brugerne også støttes i kontakten med andre offentlige myndigheder.

Flere studier anbefaler, at indsatsen forankres i det psykiatriske system. Samtidig peger forskning dog også på, at andelen af brugere med dobbeltproblematik i misbrugsbehandlingssystemet er højere end i det psykiatriske system. Dette kan måske også forklare, at et studie finder, at kompetencerne i forhold til borgere med dobbeltproblematik generelt er bedre i misbrugsbehandlingssystemet end i psykiatrien. Behandlingsindsatsen bør baseres på støtte i nærmiljøet og længerevarende indlæggelser skal så vidt muligt undgås.

Det er ikke i litteraturen entydigt, hvor indsatsen for borgere med mindre svære psykiske lidelser (målgruppe C og D) skal forankres. Nordisk litteratur peger på, at indsatsen for personer med lettere psykiske lidelser kan forankres i misbrugsbehandlingssystemet.

Behandling skal tilrettelægges fleksibelt, og den skal være længerevarende. I forhold til særligt målgruppe A og B skal indsatsen endvidere være opsøgende.

I forhold til hvordan hjælpeindsatsen – herunder særligt psykiatrien - kan tage højde for de særlige behov hos mennesker med dobbeltproblematik, kan der peges på en række grundbøger og behandlingsvejledninger, der kan tjene som inspiration.

6 Effektive Indsatser

I dette kapitel er der fokus på effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Hvad virker?

Det er gennemgående ved effektundersøgelser af indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug, at der er tale om meget specifikke undersøgelser af en enkelt indsats med relativt få deltagere. Der er meget lidt forskning fra nationalt hold, hvorfor vi har været nødsaget til primært at anvende fund fra udlandet med en klar overvægt af litteratur fra USA. Der er meget få undersøgelser, der har undersøgt effekten af indsatser på det sociale område (for eksempel i hjemmet) eller undersøgelser om brugerinddragelse og/eller inddragelse af pårørende (Crome et al., 2009).

I den anvendte litteratur er der overordnet set primært tale om randomiserede kontrollerede forsøg og langt hovedparten af undersøgelserne er på det medicinske område. Hertil knytter sig en overvejende naturvidenskabelig tilgang til evidensbegrebet. Set i denne optik er et stort problem ved de fleste af de hidtil udførte undersøgelser, at det som oftest ikke er muligt at fremskaffe statistisk signifikante resultater på grund af for få deltagere og lignende. En stor del af undersøgelserne peger dog på positive erfaringer med en given indsats, hvorfor vi har valgt at præsentere relevante resultater med de forbehold for dokumentationens validitet, de måtte indeholde.

1 Kategorisering af behandlingsmetoder

De forskellige tilgange til behandlingsindsatser, der optræder i litteraturen kan opdeles på følgende måde (Mueser et al., 2006; Barrowclough et al., 2006):

Individuel tilgang

- Koordination
- Integration
- Motivationsstrategier
- Kognitiv adfærdsterapi

Gruppebehandling

- Psykoedukativ metode og social færdighedstræning
- Psykosociale interventioner

Familiebehandling

- Social støtte og behandling

Andre temaer i behandlingsindsatsen

- Effektive behandlingsindsatser til unge
- Skadesreduktion
- Kompetenceudvikling

I forlængelse af dette er der yderligere tre forskellige former for organisering af behandling til mennesker med sindslidelse og misbrug:

- Seriel/sekventiel behandling, hvor først den ene lidelse behandles (typisk misbruget) og derefter den anden

- Parallel behandling, hvor begge lidelser behandles simultant
- Integreret behandling, hvor begge lidelser behandles sideløbende (Bender et al., 2006; Mueser, 2006)

I den følgende gennemgang af litteraturen om effektive indsatser for mennesker med sindslidelse og misbrug vil ovenstående opdeling blive anvendt.

2 Koordination og integration

2.1 Integreret behandling

Ved en integreret behandling behandles den psykiske lidelse og misbruget som en samlet og sideløbende indsats. Der er en stigende konsensus i forskningen om, at en integreret behandling er den mest effektive tilgang i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug (Mueser et al., 2005; Dumaine, 2003; Bender, et al., 2006; Barrowclough et al., 2006; Crome et al., 2009; Mueser et al., 2006). Blandt fordelene ved integreret behandling frem for seriel/sekventiel og parallel behandling peges der blandt andet på, at der undgås organisationsmæssige og administrative fejlvurderinger og at der ikke skal koordineres mellem de forskellige leverandører, da indsatsen bliver samlet under ét. Desuden undgås kliniske problemer ved behandling af én lidelse før den anden, da begge lidelser betragtes som primær og behandles samtidig (Mueser, 2006). Når behandlingen ikke er integreret, skal patienten opfylde kravene i to forskellige behandlingssystemer og mange patienter oplever, at det er vanskeligt at få hjælp fra begge systemer simultant (Dumaine, 2003).

Mueser beskriver, at den integrerede tilgang pionerede i USA i 1980erne og siden har vundet indpas i Europa (Mueser, 2005).

Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence (SAMI CCOE) er et center, der har specialiseret i at facilitere implementeringen af den såkaldte Integrated Dual Diagnosis Disorders Treatment (IDDT) model, som er udviklet af den amerikanske psykiater, Robert Drake. Modellen har et helhedsorienteret sigte og har følgende komponenter:

- Behandlingsteam, der består af brugeren selv, omsorgsgivere/pårørende, psykiater, sygeplejersker, case-manager med flere
- Socialpsykiatri
- 4-trins behandlingstilgang: Engagering, Overtalelse, Aktiv behandling og Forebyggelse af tilbagefald
- Klinisk undervisning
- Fokus på forskning og evaluering af modeller

Denne model har i kliniske forsøg vist positive udfald i forhold til misbrug, psykiske symptomer, boligsituationen, antallet af indlæggelsesdage og kriminalitet (Ronis, 2004).

The Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) er en model, hvor der er fokus på en integreret indsats. I modellen inddrages støtte i hjemmet, medicinsk behandling, rådgivning, psykiatrisk/psykologisk vurdering, erhvervsmæssig støtte og omfattende udskrivningsplaner. Modellen er blevet evalueret med 76 deltagere, der er blevet vurderet på deres boligsituation, beskæftigelsesstatus, psykiatriske symptomer, misbrugsmønster ved baseline og ved en seksmåneders opfølgning. Analyserne viste signifikante forbedringer hos deltagerne i alle kategorier samt en øget brugertilfredshed. The Comorbidity Program Audit and Self-Survey for Behavioral Health Services (COMPASS) er et standardiseret måleinstrument, som er udviklet specifikt til CCISC-modellen. COMPASS anvendes årligt på CCISC-modellen og skal sikre, at principperne bliver implementeret (Minkoff, 2004).

I et skotsk forsøg har man ansat specialiserede sygeplejersker i distriktspsykiatrien, der har haft til opgave at yde en integreret behandling af de psykisk syge brugere, der også har et misbrug. I evalueringen af forsøget har det vist sig, at de specialiserede sygeplejersker har medvirket til:

- At flere patienter med en dobbeltdiagnose er blevet identificeret
- At personalets opfattelse af arbejdet med patienter med en dobbeltdiagnose er forbedret
- Klinisk og funktionel forbedring hos patienterne over 2 år

(Griffin, 2008).

Sammenfattende bemærkninger:

Der er i litteraturen en overordnet konsensus om, at der i behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug er behov for integrerede indsatser. Der lægges vægt på, at der ofte er nogle strukturelle og organisatoriske begrænsninger, der gør sig gældende i behandlingen af målgruppen og som taler for en samlet og integreret behandling. Den eksisterende litteratur om integreret behandling går på tværs af behandlingsmetoderne, hvilket betyder, at der ikke tages højde for de specifikke målgrupper udover, at det er mennesker, hvor der optræder komorbiditet.

2.2 Koordination

En koordineret indsats er, hvor behandling sker i forskellige systemer, men hvor der gøres en særlig indsats for at koordinere de to behandlinger. Jævnfør de tre organiseringer af behandlingen nævnt ovenfor, henviser en koordineret indsats til sekventiel eller parallel behandling.

I en indsats for hjemløse, der har et misbrug og sindslidelse, har der været positive resultater med koordineret behandling, der involverer:

- En koordineret behandlingsplan
- Kriseskadestue
- Koordination af transport af patienterne
- Behandlingsalliancer på tværs af indsatserne og med patienterne

Indsatsen har været komparativt undersøgt med 50 deltagere, der fik den ovenstående koordinerede behandling og 50, der ikke fik (Karper et al., 2008). En anden undersøgelse med unge hjemløse med sindslidelse og misbrug, hvor der typisk er mange aktører indblandet, har endvidere vist, at det er afgørende med koordineret og fleksible grænser mellem de involverede aktører (Corrigan, 2009).

En norsk undersøgelse om et bostøtteteam viser endvidere gode resultater med, at medarbejderne i boteamet har koordineret indsatsen i forhold til de involverede instanser. Teamet arbejder med støtte, hjælp og vejledning til målgruppen men yder ikke behandling eller rehabilitering, hvorfor det er nødvendigt at koordinere indsatsen med andre aktører. En essentiel bestanddel af deres arbejdsmetode har været fleksibilitet, hvilket blandt andet har betydet, at der har været ydet hjælp, der har brudt med den administrative procedure (Haukelien, 2008).

Det er gennemgående i undersøgelser af koordination i indsatsen, at fleksibilitet fremhæves som en væsentlig faktor for en vellykket indsats.

Sammenfattende bemærkninger

Der peges i litteraturen, der omhandler koordinerede indsatser, på, at der i behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug ofte er mange forskellige instanser og aktører involveret. Dette nødvendiggør ofte en særlig indsats for at sikre en koordineret indsats. Der er særlig fokus på målgrupper, der har særlige komplekse problemstillinger. Eksempelvis er der flere undersøgelser om koordination af behandling af mennesker med sindslidelse og misbrug, der ligeledes er hjemløse samt unge mennesker.

2.3 Motivationsstrategier

Forskningen peger entydigt i retning af, at motivation er et uundgåeligt redskab i arbejdet med mennesker med sindslidelse og misbrug (Barrowclough et al., 2006). En væsentlig udfordring i arbejdet med mennesker med sindslidelse og misbrug er at engagere vedkommende i behandlingen. Det påpeges, at en stor del af målgruppen har en tendens til at undervurdere eller totalt at afvise de negative konsekvenser ved misbruget. På denne baggrund er der udarbejdet redskaber til et såkaldt motiverende interview, som har til formål at få klienten til at forstå, hvilken indvirkning misbruget har på hans eller hendes liv. Behandlingen tilrettelægges hele tiden efter vedkommendes motivationsniveau (Mueser, 2006).

Der er flere studier, der peger på gode resultater med behandlinger, hvor der primært arbejdes målrettet med patienternes motivation og hvor indsatsen indrettes/tilpasses efter den enkeltes motivationsniveau. Motivationsarbejdet kombineres med øvrige behandlingstiltag. Eksempelvis er der kliniske erfaringer, der viser, at en kombination af motivation af den unge, tværfaglig indsats og inddragelse af den unge og pårørende samt identificering af den unges prioriteter er essentielt i arbejdet med unge hjemløse med sindslidelse og misbrug (Dumaine, 2003).

Barrowclough peger på et lille antal af studier, der har vist lovende resultater især i forhold til patienternes engagement i behandlingen samt undersøgelser, der viser en signifikant forandring i alkoholmisbrug. Når motivationsarbejdet kombineres med kognitiv adfærdsterapi, giver det markant bedre resultater (Barrowclough et al., 2006).

Sammenfattende bemærkninger

Motivation er et gennemgående tema i langt hovedparten af undersøgelser af effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Det betragtes som et essentielt element i behandlingen. Der har især vist sig gode resultater med unge, hvor der er arbejdet målrettet med motivationen.

2.4 Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi er en generel tilgang til at hjælpe mennesker med at overvinde problemer og opnå personlige målsætninger. Metoden er baseret på læringsprincipper og er rettet mod at lære klienterne nye og mere effektive færdigheder for at forbedre sin sundhedstilstand: Grænsesætning, sociale færdigheder, mestre vanskelige følelser med mere (Mueser, 2006).

Der er en lang række undersøgelser, der peger på, at kognitiv adfærdsterapi giver gode resultater i forhold til patienter med sindslidelse og misbrug (Morris, 2009; Lykke et al., 2007, Ivanov et al., 2003; Barrowclough et al., 2006). Det er dog væsentligt at påpege, at den kognitive tilgang ligeledes er langt den mest undersøgte behandlingsmetode.

En høj andel af undersøgelserne er foretaget med indlagte patienter (på både sikrede og ikke-sikrede afdelinger). Eksempelvis en undersøgelse på en sikret afdeling, hvor 22 mandlige patienter har fået kognitiv adfærdsterapi som gruppebehandling. I evalueringen af behandlingen er der blevet målt på forandringsparathed, behandlingsvillighed og tanker om misbrug. Undersøgelsen har vist en positiv udvikling i forhold til patienternes oplevelse og bevidsthed om misbrugsmønstre. Overordnet indikerer undersøgelsen positive aspekter af en intervenerende misbrugs-

behandling hos mandlige patienter på en sikret afdeling. Der peges i undersøgelsen på, at resultaterne er påvirket af, at det er nemmere at kontrollere patienternes stofindtag på en sikret afdeling og at der derfor er behov for udvikling af arbejdet for de patienter, der flyttes til mindre sikrede afdelinger (Morris, 2009).

Der er et engelsk studie af kognitiv adfærdsterapi af skizofrene patienter, hvor der er blevet målt på symptomer, misbrug og funktionsniveau. Studiet viser signifikant forbedret funktionsniveau hos patienterne efter et forløb på 18 måneder sammenlignet med en kontrolgruppe, der har modtaget rutinebehandling (Ivanov et al., 2003).

Der er endvidere en dansk evaluering af kognitiv miljøterapi på Sct. Hans i 2004-2006, hvor 136 patienter har deltaget. Formålet med undersøgelsen har været at måle ændringer i patienternes tilstand, at måle effekten af de individuelle behandlingstilbud, der gives i kognitiv miljøterapi samt at vurdere patienternes og personalets opfattelse af behandlingsmiljøet. I undersøgelsen påvises det, at kognitiv miljøterapi giver en forbedring i psykiske symptomer og funktionsniveau samt nedsat misbrug. Patienterne rapporter lavere niveau af angst og depressive symptomer. Patienterne og personalet har fælles oplevelse af, at kognitiv miljøterapi er passende til behandling af patienter med sindslidelse og misbrug. 2/3 af patienterne har intet misbrug ved udskrivelse. 75 % gennemførte aftalte behandlingsforløb (Lykke et.al., 2007).

Som nævnt ovenfor er der gode erfaringer med motivationsstrategier kombineret med kognitiv miljøterapi. Undersøgelser har vist en positiv udvikling i forhold til patienternes oplevelse og bevidsthed om misbrugsmønstre og behandling, der passer til patienternes parathed til forandring og tager hensyn til patienternes grad af motivation (Barrowclough et.al., 2006 og Lykke et.al. 2007).

Samtlige af undersøgelserne af kognitiv adfærdsterapi viser signifikante forskelle hos deltagerne.

Sammenfattende bemærkninger

Kognitiv adfærdsterapi er en hyppigt anvendt metode og hermed ligeledes mere undersøgt som metode end øvrige. Der er en enkelt undersøgelse, der specifikt har rettet sig mod skizofrene patienter, men derudover er der primært tale om undersøgelser af patienter på psykiatriske afdelinger, hvor diagnosen ikke udspecificeres.

3 Gruppebehandling

Der er flere undersøgelser, der viser en større effekt ved gruppebehandling end ved individuel behandling særligt i forhold til misbrug (Mueser et. al, 2003; Morris et.al., 2009; Owen et.al., 2008).

Der er blandt andre en undersøgelse af et program, hvor der anvendes kognitiv adfærdsterapi i en gruppe. Der deltog 22 patienter på en sikret afdeling, som blev målt før og efter gruppebehandlingen. Der var signifikante positive resultater med behandlingen i forhold til patienternes opfattelse og bevidsthed om deres misbrug og andre relaterede problemer (Morris et.al., 2009).

Behavioral treatment for substance abuse in schizophrenia (BTSAS) er en gruppebehandling, hvor der er 4-6 deltagere. Behandlingen har primært fokus på misbruget. De seks vigtigste komponenter i behandlingen er:

1. Et motiverende interview med henblik på at øge motivationen hos den enkelte til at adressere misbruget

2. Struktureret målsætning i forhold til misbruget

3. Urinanalyse

4. Social færdighedstræning med henblik på at kunne afvise misbrug

5. Undervisning i årsagerne til og konsekvenserne af misbrug

6. Adfærdsorienteret tilbagefalds træning

(Mueser, 2005).

Sammenfattende bemærkninger

Undersøgelser af effekten af gruppebehandling er begrænset til indlagte patienter og herunder er der en enkelt undersøgelse, hvor der specifikt er tale om skizofrene patienter med et misbrug.

3.1 Psykoedukation

Der er flere positive erfaringer med psykoedukative forløb for mennesker med sindslidelse og misbrug. Dette kombineres med forløb for de professionelle, som indledningsvis får noget supplerende uddannelse i metoder og principper som forberedelse til at undervise brugerne.

I et uddannelsesforløb om misbrug for mennesker med sindslidelse og misbrug på en sikret afdeling i North Wales har man set positive forandringer hos de deltagende. På uformelle møder blev seks deltagere undervist i alkohol- og stofmisbrug, og senere blev det evalueret, hvorvidt deltagernes opfattelse havde ændret sig. Fem ud af seks deltagere tilbagemeldte, at deres viden om misbrug var blevet større, og at de ikke havde intentioner om at tage stoffer igen (Owen et.al., 2008).

Flere undersøgelser af psykoedukation viser, at en stor andel af deltagerne har reduceret eller helt holdt op med deres rusmiddelbrug. Eksempelvis 'Bedre Liv', som er et samværs- og aktivitetstilbud i Odder, hvor de har indført et psykoedukativt program, der også indeholder social færdighedstræning. Bedre Liv konceptet er opbygget med sigte på undervisning af deltagere med en alvorlig psykisk lidelse og et samtidigt rusmiddelproblem. I programmet blev der afholdt tre kurser for beboere med rusmiddelproblemer og to for beboere uden. Inden projektet blev igangsat, gennemgik personalet en uddannelse på seks dage i metoder og principper som forberedelse til at undervise beboerne. Evalueringen af forsøget peger på, at en betydningsfuld faktor har været træning i selvhævdelse og assertiv adfærd. Denne træning har betydet, at det nu er lettere for beboerne at sige fra i pressede situationer eller i situationer, hvor de får rusmidler tilbudt. I personalegruppen har man fået nogle fælles effektive redskaber til arbejdet med brugerne. Værktøjerne har betydet, at personalegruppen føler sig fagligt styrket. Herudover har personalet foretaget et skift i holdning fra en sanktionerende og forklarende til en anerkendende og undersøgende holdning i forhold til rusmiddelbrug blandt brugerne. Dette har givet en større åbenhed mellem brugere og personale, som gør, at reduktion af eller ophør med rusmidler bliver et fælles tilgængeligt projekt (Pallesen et.al., 2008).

Sammenfattende bemærkninger

Programmer med psykoedukation henvender sig dels til mennesker med sindslidelse og misbrug og dels til personale, der arbejder med målgruppen. Der er positive erfaringer med denne kombination. Undersøgelserne forholder sig udelukkende til mennesker, hvor der optræder komorbiditet og ikke, hvilke diagnoser eller hvilket misbrug de enkelte har.

3.2 Psykosociale interventioner

En undersøgelse, der har set nærmere på specifikke psykosociale interventioner, har delt indsatserne op i følgende typer: Individuel behandling, familiebehandling, gruppebehandling, strukturel behandling (for eksempel case management), processuel behandling (for eksempel contingency management), boligindsatser og beskæftigelsesmæssige indsatser. Undersøgelsen peger i retning af lovende resultater, men konkluderer, at der er mangel på evidens på grund af mangel på sammenhæng og gentagelse i undersøgelserne (Mueser, 2005).

En større svensk undersøgelse har undersøgt effekten af ti psykosociale behandlingstiltag for mennesker med sindslidelse og misbrug: Integreret behandling, case management, aktivt opsøgende behandling, kognitiv adfærdsterapi, motiverende interview, familieterapi, social færdighedstræning, selvhjælpsgrupper, hjælp i hjemmet og beskæftigelse. Rapporten opsummerer, hvordan behandlingstiltagene virker sammenlignet med andre psykosociale tiltag. De positive udfaldsmål i undersøgelsen er brug af stoffer, medikamenter og alkohol, psykisk symptombe-

lastning, funktionsniveau og livskvalitet. Enkelte resultater var statistisk signifikante: Motiverende interview havde en positiv effekt på indtaget af alkohol, sammenlignet med psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi kombineret med motiverende interview havde en positiv effekt på henholdsvis funktionsniveau og livstilfredshed sammenlignet med psykoedukation og gruppesamtaler. Studier på de øvrige tiltag havde enten ingen signifikante forskelle eller meget lav dokumentationsstyrke. I undersøgelsen understreges det, at den viden, der er på området hovedsageligt er baseret på enkeltstående studier, ofte med få deltagere og metodiske svagheder. Der blev ikke fundet nogen studier af effekten af boligtiltag, beskæftigelse eller familietiltag. Der efterlyses yderligere forskning på området (Kunnskapssenteret 2008).

4 Social støtte og behandling

Som nævnt tidligere er der i litteraturen få effektundersøgelser af sociale tilbud, hvilket eventuelt skyldes forskellige fagtraditioner. Der nævnes ofte et behov for helhedssyn, hvor den sociale støtte og behandling indregnes, men der er ikke deciderede undersøgelser af effekten af denne type indsats. Og den litteratur, der er om social støtte, har primært fokus på boligsituationen.

Men ikke desto mindre kan det generaliseres ud fra litteraturen, at mennesker med sindslidelse og misbrug i høj grad oplever social isolation, stigmatisering og social eksklusion (Crome et. al., 2009).

En analyse af eksisterende studier af socialarbejderes rolle i behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug giver følgende anbefalinger til vurdering og planlægning af behandlingen af mennesker med sindslidelse og misbrug i socialt arbejde:

- Opsøgende indsats. Det er nødvendigt at være fleksibel og møde patienten, hvor vedkommende befinder sig
- Engagering. Eventuelt ved case-management modellen
- Målsætning. Det er vigtigt at sætte realistiske mål, der både er langsigtede og kortsigtede
- Koordinering af de forskellige involverede i behandlingen – herunder vigtigt med inddragelse af pårørende
- Langtidsbehandling. Der er undersøgelser, der peger på, at effekten er større, jo længere behandlingsforløbet varer (Dumaine, 2003)

En tidligere nævnt undersøgelse af et norsk bostøtteteam har endvidere fokus på den sociale støtte til mennesker med sindslidelse og misbrug. Der er særlig fokus på hjælp og vejledning til praktiske hverdagsudfordringer og primært i forbindelse med udskrivning fra hospitalsophold. Bostøtteteamet yder ikke behandling. Evalueringen viser følgende succesfaktorer:

- Boligsituationen er varig, og det giver tryghed hos beboerne, at de ikke skal bekymre sig om at miste boligen
- Hjælpen til struktur, orden og opretholdelse af værdighed i hverdagslivet er tilpasset målgruppen og ser ud til at dække et hjælpebehov, som svigter i andre kommuner
- Hindrer ensomhed. Med bostøtteteamet får borgerne daglig omgang med de ansatte samt med naboer
- Borgerne i tilbuddet mødes på deres egne præmisser. Dette indebærer, at hjælpen tilbydes, selv når den afvises og det indebærer endvidere at acceptere, hvis borgeren ikke ønsker at stoppe sit misbrug
- Fleksibilitet, hvilket i nogle tilfælde medfører bureaukratiske problemer, men på den anden side bidrager til "street credibility", som øger muligheden for, at borgeren vil tage imod hjælp

- Faglige samtaler blandt personalet om håndtering af forskellige situationer. De ansatte har forskellige kompetencer og spørger hinanden til råds
- Gode rutiner for håndtering af vanskelige situationer, når de opstår og for efterfølgende bearbejdning
- Godt arbejdsmiljø. Flad struktur, tydeligt lederskab, tolerance for forskellige måder at løse udfordringer på med mere

Udfordringer i indsatsen er blevet identificeret som følgende:

- Afgrænsning og afklaring overfor samarbejdspartnere, hvad der er bostøtteteamets arbejdsopgaver
- Kapacitet
- Dokumentation af indsatsen
- Medarbejdernes kompetencer
- Koordination med samarbejdspartnere

Mueser påpeger i en undersøgelse om psykosociale interventioner overfor hjemløse mennesker med sindslidelse og misbrug, at især misbruget vanskeliggør en stabil boligsituation. Borgere, der bor i egen bolig, er mere tilbøjelige til at få tilbagefald og det ser ud til, at de mister deres bolig, dels på grund af misbruget, men ligeledes på grund af økonomiske årsager og forstyrrende adfærd. På baggrund heraf er man i USA i stigende grad begyndt at indføre integrerede botilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug eller bostøttetilbud særligt målrettet dobbeltproblematikken. Mueser har gennemgået 10 kontrollerede studier af botilbud, hvor det viser sig, at de mest effektive var dem, der er integrerede, fleksible (med hensyn til regler) og af længere varighed (1 år eller mere). Modsat ses det, at botilbud med meget rigide regler havde dårlige resultater i form af vanskeligheder ved at rekruttere brugere og en stor frafaldsprocent (Mueser, 2005).

Der er andre undersøgelser, der peger på, at en såkaldt Assertive Community Treatment er effektiv i forhold mennesker med sindslidelse og misbrug. ACT-teams er en psykiatrisk behandlingsindsats, der primært retter sig mod sindslidende. Denne indsats viser gode resultater i forhold til forbedrede boligforhold. Morse med flere har lavet en komparativ undersøgelse af effekten af fire indsatser målrettet hjemløse med sindslidelse og misbrug. De fire indsatser er: Standard care (SC), assertive community treatment only (ACTO), integrated assertive community treatment (IACT) og new integrated assertive community treatment (NIACT). Der var 196 deltagere i forsøget, der på tilfældig vis blev tilknyttet de fire indsatser. Ca. to år efter forsøget var gået i gang, blev 85 af de 196 deltagere tilknyttet IACT, hvor det viste sig, at der var større brugertilfredshed end med de øvrige indsatser. Der var bedre boligsituationer at spore hos de deltagende i NIACT, IACT og ACTO end hos deltagerne i SC. Endvidere blev stofmisbrug reduceret hos de deltagende i NIACT, mens der ikke kunne spores forskelle på reduktionen af andre former for misbrug end stofmisbrug eller i forhold til psykiatriske symptomer. På baggrund af undersøgelsen konkluderes det, at IACT tilsyneladende skal suppleres med andre tiltag for at kunne reducere misbrug og opnå bedre psykiatriske resultater (Morse, 2008).

Sammenfattende bemærkninger

Hovedparten af undersøgelserne af effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug har fokus på indlagte patienter, hvorimod undersøgelserne af social støtte primært har fokus på målgruppens boligsituation. Herunder er der særligt fokus på mennesker, der har lidt af hjemløshed og hvor det forsøges at fastholde dem i egen bolig med støtte.

5 Andre behandlingsindsatser

5.1 Familiebehandling

Der er meget lidt forskning om effekterne af familiebehandling, men der er undersøgelser, der peger på, at familiebehandling giver større motivation for behandlingen og mere psykisk stabilitet (Moore, 2005).

5.2 Effektive behandlingstilbud til unge

Det er vanskeligt at motivere unge med sindslidelse og misbrug til behandling, og de har ofte dårligt fremmøde til behandling (Bender, K. et al.: 2006). Bender K et al. har samlet en række fællestræk ved en række undersøgelser om effektive behandlingsmetoder for unge og kommer på baggrund heraf med en række anbefalinger. Det understreges dog, at der udelukkende er tale om tentative anbefalinger på grund af mangel på undersøgelser. De ti anbefalinger er:

- Vurdering af den unge skal være længerevarende og inkludere behandler, forældre og den unge selv for at sikre den rette behandling til de skiftende behov, som unge har
- Indsatsen skal strategisk fokusere på at øge motivationen og fastholdelsen af den unge
- Fleksible behandlingsplaner, hvor den unge inddrages
- Integreret behandlingsstrategi, hvor både misbrug og sindslidelse adresseres samtidigt
- Behandlingen skal tilpasses de unikke behov hos den unge
- Inddragelse af netværk (familie, skole, venner med flere)
- Behandlingen skal rette sig mod at forøge den unges evne til at løse sine problemer, tage beslutninger og styre impulshandlinger samt styrke kommunikationsevnerne og relationer til familien og venner
- Behandlingen skal være målrettet, baseret på her-og-nu og baseret på styrke
- Der kræves aktiv deltagelse fra alle involveret i behandlingen
- Der sigtes efter vedvarende resultater

(Bender, K. et. Al: 2006).

5.3 Skadesreduktion

En undersøgelse fra USA har undersøgt holdningerne til skadesreducerende metoder hos professionelle, der arbejder i et botilbud for mennesker med sindslidelse, misbrug og hjemløshed. Data var indsamlet via spørgeskemaer og fokusgruppeinterview. Undersøgelsen viser, at en stor del af de professionelle er positivt indstillet overfor skadesreducerende metoder, men der er dog betydningsfulde reservationer hos nogle og decideret modstand hos andre. Positive aspekter ved skadesreducerende metoder er fokuseret på engagementet hos klienten og på en ikke dømmende måde. De negative aspekter er, at det risikeres at beskytte brugerne fra de fulde konsekvenser af deres opførsel og den implicitte accept af, at nogle mennesker aldrig bliver fri af deres misbrug (Mancini, 2008).

På trods af at det ikke nævnes direkte i undersøgelserne, vurderes det, at der er flere behandlingsmetoder, der har skadesreducerende elementer. Dette gør sig særligt gældende ved de behandlingsmetoder, der har stort fokus på motivationen hos patienten.

5.4 Kompetenceudvikling

I en række af undersøgelserne peges der på behovet for kompetenceudvikling/uddannelse af de professionelle, der arbejder med mennesker med sindslidelse og misbrug. At udvikle kompetente professionelle/praktikere forbedrer indsatsen.

Overordnet kan kompetencebehovene opdeles således:

- Det skal sikres, at der på de relevante uddannelsesinstitutioner undervises i de specifikke problematikker, der gør sig gældende på området
- Professionelle i psykiatrien skal have viden om misbrug
- Professionelle, der arbejder med misbrugsbehandling, skal have viden om psykiatri
- Uddannelse af medarbejdere på behandlingstilbud således, at de kan undervise patienterne/brugerne (psykoedukative metoder)

I en stor nordisk kortlægningsundersøgelse peges der på forskellige kompetencebehov:

Mere forpligtigende og gensidig deling af erfaringer samt undervisning i metoder fra andre arbejdsfelter eller sektorer. Herunder for eksempel løbende opdateringer om, hvilke nye stoffer der er på markedet. I Sverige har de en lang række uddannelsesforløb, men efterlyser kompetenceudvikling på IT-området og kommunikation. Der er et norsk tilbud i undersøgelsen, hvor der ønskes en afdækning af, hvorvidt det, de gør, bevirker, at klienterne får det bedre eller værre. Helt overordnet viser der sig et mønster af, at der ønskes mere kompetence indenfor de metoder, der allerede anvendes såsom motiverende samtale og kognitive teknikker (Sønderby, 2006).

7 Litteratur

Adams P.J. 2008: *Fragmented intimacy: addiction in a social world*. School of Population Health. University of Auckland. New Zealand.

Agerberg M. 2004: *Kidnappad hjärna: en bok om missbruk och beroende*. Studentlitteratur.Lund.

Alexander BK. 2008: *The globalisation of addiction: a study in poverty of the spirit*. Oxford University Press. Oxford.

Alvidrez J. & Havassy B.E. 2006: *Clinical characteristics and service utilization patterns of clients with schizophrenia-spectrum disorder in public residential detoxification settings*. Community Mental Health Journal 42(4), s.131-142.

Amtsrådsforeningen (2005): *Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere.* Amtsrådsforeningen.

Arendt M. et al. 2005: *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases.* British Journal of Psychiatry 18(6), s.510-515.

Armelius B. 2002: *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter: jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Statens institutionsstyr(SiS). Stockholm.

Arseneault L. et al. 2004: *Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence*. British Journal of Psychiatry 184(2), s.110-117.

Balle J. K. 2010: *Livskvalitet til psykisk syge misbrugere.* Socialpædagogen 67(1): s.12-15.

Balle J. K. 2009: *Skanderborg vil løfte psykisk syge misbrugers livskvalitet.* Ugeskrift for læger 171(21):1738-1740.

Barret A.J. 2005: *Rationalizing risk? The use of non-prescribed substances in severe and enduring mental illness.* Journal of Substance Use 10(6), s.341-346.

Barret P. 2009: *Improving inpatient team dual diagnosis skills through practitioner-based action research: a potential model for change.* Advances in Dual Diagnosis 2(2), s.13-18.

Barrowclough C. et al. 2006: *Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: a descriptive review.* Journal of Mental Health. 15(6), s.619-632.

Barry K.R., et al. 2002: *Staff drug knowledge and attitudes towards drug use among the mentally ill within a medium secure psychiatric hospital.* Journal of Substance Use 7(1), s. 50-56.

Bartels S.J. et al. 2006: *Dual diagnosis among older adults co-occurring substance abuse and psychiatric illness.* Journal of Dual Diagnosis 2(3) s. 9-30.

Barth T et al. 2001: *Endringsfokusert rådgivning*. Gyldendal akademisk. Oslo.

Bellack A.S. et al. 2007: *Behavioral treatment for substance abuse in people with serious and persistent mental illness: a handbook for mental health professionals*. NY: Routledge. New York.

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

Bergmans Y et al 2009: *Repeat substance-using suicidal clients: how can we be helpful?* Social Work in Health Care 48(4), s.420-431.

Biegel D.E. et al. 2006: *Predictors of dyadic relationship quality of women in substance abuse treatment*. Journal of Dual Diagnosis 3(1), s.87-112. 2006.

Biegel D.E. et al. 2007: *Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.* Journal of Social Work Practice in the Addictions 7(1/2), s. 25-49.

Blinkenberg S. 2002: *Distriktspsykiatri: en lærebog*. Hans Reitzel. København.

Bloye D. et al. *Substance use disorders in patients admitted to a medium secure unit: a comparison of three assessment measures.* Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 14(3) s.585-599.

Bogenschultz M.P. 2005: *Specialized 12-step programs and 12-step facilitation for the dually diagnosed.* Community Mental Health Journal 41(1), s.7-20.

Bordnicks P.S. et al. 2004: *Feasibility and implementation of a Statewide evaluation of substance abuse services.* Research on Social Work Practice 14(6), s.417-423.

Bornstein R.F. 2005: *The dependent patient: a practitioner's guide*. American Psychological Association. Washington DC.

Bouis S. et al. 2007: *An integrated, multidimensional treatment model for individuals living with HIV, mental illness, and substance misuse.* Health and Social Work *32(4) s. 268-278.*

Brady K.T. et al. 2009: *Women and addiction: a comprehensive handbook*. Guilford Press. New York.

Bratteteig M. et al. 2002: *Rusa eller gal?: sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning. Stavanger.

Brems C. et al. 2006: *Comparing depressed psychiatric inpatients with and without coexisting substance use disorders*. Journal of Dual Diagnosis 2(4), s.71-92.

Brems C. et al. 2006: *Dual diagnosis variations across differing comorbid diagnoses.* Journal of Dual Diagnosis 2(3), s.109-129.

Brewer C. 2009: Treatment options in addiction: medical management of alcohol and opiate abuse. In: London: Gaskell; :XII, 108 s.

Brumoen H. 2007: *Vanen, viljen & valget: en psykologibok om avhengighet og mestringstillit*. Gyldendal akademisk. Oslo.

Bryssinck D. et al. 2005: Psychosis and newly emerging dependency groups: the search for an adapted model of care at the Psychiatric Centres Sleidinge in Belgium. *Therapeutic Communitie.*, 26(2), pp.150-162.

Bucciarelli C. 2005: *Addicted and mentally ill: stories of courage, hope, and empowerment*. Haworth Press. Binghamton.

Buckner JD. 2007: *Mental health care for people of diverse backgrounds*. Radcliff. Oxford.

Bøgeskov J. & Fink-Jensen A. 2007: *Den afhængige hjerne*. Hjerneforum. København.

Cameron A. 2009: *Dual Recovery Anonymous (DRA) in the UK.* Advances in Dual Diagnosis 2(3), s.11-13.

Castellanos N. & Conrod P. 2006: *Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours.* Journal of Mental Health 15(6), s. 645-658.

Caton C.L. et al. 2007: Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. British Journal of Psychiatry *190(2), s. 105-111.*

Cherry et al 2007: *The AC-COD Screen: rapid detection of people with the co-occurring disorders of substance abuse, mental illness, domestic violence, and trauma.* Journal of Dual Diagnosis 4(1), s.35-53.

Chi F.W. & Weisner C.M. 2008: *Nine-year psychiatric trajectories and substance use outcomes: an application of the group-based modeling approach.* Evaluation Review 32(1), s.39-58.

Cleminshaw H.K. et al. 2005: *The Integrated Co-Occurring Treatment (ICT) model: a promising practice for youth with mental health and substance abuse disorders.* Journal of Dual Diagnosis 1(3), s.85-94.

Corrigan M. & Manley D. 2009: *A review of working with homeless adolescents with comorbid mental health and substance misuse problems.* Advances in Dual Diagnosis 2(3), s. 25-31.

Crome I.B. 2001: *Addiction research and the future of addiction psychiatry*. Psychiatric Bulletin 25(7), s.242-243.

Crome I.B. et al. 2009: *SCIE Research briefing 30: The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues*, Social Care Institue for Excellence, SCIE.

Croysdale A.E. et al. 2008: *Correlates of victimization in a juvenile justice population.* Journal of Aggression Maltreatment and Trauma. 17(1), s.103-117.

Curran C. et al. 2004: *Stimulant psychosis: systematic review*. British Journal of Psychiatry 185(9), s.196-204.

D'Agostino C.S. et al 2006: *Community interventions for older adults with comorbid substance abuse the geriatric addictions program (GAP).* Journal of Dual Diagnosis 2(3) s.31-45.

Dadich A. & Swift W. 2008: *The supported accommodation needs of people with mental health and substance use issues: a perspective from service providers.* Journal of Dual Diagnosis 4(3), s.260-272.

Davidson L et al. 2008: *From "double trouble" to "dual recovery": integrating models of recovery in addiction and mental health.* Journal of Dual Diagnosis 4(3), s.273-290.

Deas D. et al. 2005: *Dual diagnosis and drinking behaviors in an outpatient treatment seeking sample of adolescents with alcohol use disorders.* Journal of Dual Diagnosis 2(1), s. 47-57.

Deas D. et al. 2006: *Psychopathology in substance abusing adolescents: gender comparisons*. Journal of Substance Use 11(1), s.1-9.

Dennison S.J. 2003: *Handbook of the dually diagnosed patient: psychiatric and substance use disorders*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Department of health, Great Britain 2006: *Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings: guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems*.

Department of health, Great Britain 2003: *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*.

Dima A. (red.) 2004: *Co-morbidity of substance misuse and mental illness collaborative study (COSMIC): research summary*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Don L. 2005*: Making plans for Nigella - the case for and against, harm reduction.* Drugs and Alcohol Today 5(1), s.17-22.

Donald M. et al. 2005: *Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occuring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials.* Social Science and Medicine 60(6), s.1371-1383.

Ducharme L.J. et al. 2006: *Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions.* Community Mental Health Journal 42(4), s.363-375.

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

Durcan G. & Wilson J. 2009: *Dual diagnosis for young people in the criminal justice system.* Advances in Dual Diagnosis 2(1), s. 27-33.

Ebsen F. et al. 2003: *Hænger det sammen? Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem*. AKF Forlaget.

Eden T. & Hughes L. 2009: *Facilitating the dialogue between service users and participants in a training situation.* Advances in Dual Diagnosis2(3), s.5-7.

Eikeland T. 2006: *Evaluering av ambulante grupper: fase 3, 2005-2006 : samhandling og kompetanseoverf* *ring ihjelpeapparatet*. IRIS, International Research Institute of Stavanger. Stavanger.

Ekleberry S.C. 2008: *Integrated treatment for co-occurring disorders: personality disorders and addiction*. NY: Brunner-Routledge. New York.

Eliason M.J. & Amodia D.S. 2006: *A descriptive analysis of treatment outcomes for clients with co-occuring disorders: the role of minority identifications.* Journal of Dual Diagnosis 2(2), s.89-109.

Evjen R. et al. 2007: *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget. Oslo.

Fabricius V. et al. 2008: *An exploratory investigation of co-occurring substance-related and psychiatric disorders.* Journal of Substance Use 13(2), s.99-114.

Farkas K.J. & Hrouda D.R. 2007: *Co-occurring disorders among female jail detainees: implications for service delivery.* Journal of Social Work Practice in the Addictions *7(1/2), s. 51-67.*

Farrell M. et al. 2002: *Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners.* British Journal of Psychiatry *181(11), s.393-398*

Flensborg- Madsen 2009: *Alcohol use disorders - in relation to alcohol consumption, psychiatric co-morbidity, and suicide*. Phd. Afhandling.

Finnell D.S. 2003: *Use of the transtheoretical model for individuals with co-occurring disorders.* Community Mental Health Journal 39(1), s.3-15.

Fjordhus 2008: *Integrerede specialafsnit for psykose- og misbrugsbehandling*. Region Hovedstadens Psykiatri. Psykiatrisk Center Sct. Hans. Roskilde.

Flensborg-Madsen 2008: *Alcohol use disorders - in relation to alcohol consumption, psychiatric co-morbidity, and suicide.* National Institute of Public Health. University of Southern Denmark.

Gil-Rivas V & Grella C.E. 2005: *Treatment services and services and service delivery models for dually diagnosed clients: variations across mental health and substance abuse providers.* Community Mental Health Journal 41(3) s.251-266.

Gold M.S. 2004: *Dual diagnosis: discovery of a critical role for environmental exposure.* Journal of Dual Diagnosis 1(1), 2004, s.5-13.

Graham H.L. 2003: *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment (C-BIT): A Treatment Manual for Substance Misuse in People with Severe Mental Health Problems*.

Graham H.L. et al. 2006*: A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: impact on teams and service users.* Journal of Mental Health 15(5), s. 577-591.

Graham H.L. & Copello A. 2004: *Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Graham H.L. et al. 2003: *Substance misuse in psychosis: approaches to treatment and service delivery*. J. Wiley. New York.

Griffin S. et al. 2008: *A 'dual diagnosis' community psychiatric nurse service in Lanarkshire: service innovation.*Psychiatric Bulletin 32(4), s.139-142.

Gråwe R.W. & Espeland B. 2002: *På vei til et bedre liv: behandlingsmanual for et gruppebasert kurs- og treningsprogram for personer med rusproblemer og psykiske lidelser*. Tapir Akademisk. Trondheim.

Gråwe RW & Espeland B. 2008: *På vej til et bedre liv: arbejdshæfte*. Team for Misbrugspsykiatri. Århus.

Gråwe R.W. et al. 2009: *Mestring av rus- og psykiske problemer: et gruppebasert lærings- og mestringsprogram*. Tapir akademisk forl. Trondheim.

Gråwe R.W. & Ruud T. 2006: *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse. Trondheim.

Gråwe R.W. & Ruud T. *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse. Oslo.

Harrison M.L. et al. 2008: *Implementing the Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care model for individuals with co-occurring disorders: preliminary findings from a residential facility serving homeless individuals.* Journal of Dual Diagnosis 4(3), s.238-259.

Haukelien H. 2008: *I velferdsstatens randsone: evaluering av Boteam, Porsgrunn*. Porsgrunn: Høgskolen.

Hawkins C. 2005: *Dual diagnosis: developing a practical tool kit.* Mental Health Review 10(2), s.15-18.

Hawkins R.L. & Abrams C. 2007: *Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders.* Social Science and Medicine 65(10), s.2031-2042.

Heller R.F. 2004: *Evidence for Population Health*, Oxford University Press, Oxford.

Henderson E.C. 2000: *Understanding addiction*. Jackson: University Press of Mississippi.

Hendrickson E.L. 2006: *Designing, implementing, and managing treatment services for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: blueprints for action*. Haworth.

Hesse M. & Pedersen M.U. 2006: *Antisocial personality disorder and retention: a systematic review.* Therapeutic Communities 27(4), s.495-504.

Hill R.G. et al. 2009: *The role of psychology in enhancing dual diagnosis provision in substance misuse wards.* Advances in Dual Diagnosis *2(2), s.24-29*

Hopkins G. 2007: *Tackling dual diagnosis.* Community Care, *s.34-35.*

Hoyle C. 2009: *Dual diagnosis service development in a male local prison: description of a case study.* Advances in Dual Diagnosis. *2(1), s.5-12.*

Huang F.Y. et al. 2008: *Using information technology to evaluate the detection of co-occurring substance use disorders amongst patients in a state mental health system: implications for co-occurring disorder state initiatives.* Community Mental Health Journal 44(1), s.11-27.

Hubbard J.R. & Martin P.R. 2001: *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. Marcel Dekker. New York.

Hughes E. 2006: *A pilot study of dual diagnosis training in prisons.* Journal of Mental Health Workforce Development *1(4), s.5-14.*

Hughes E. et al. 2007: *The challenges of developing dual diagnosis capabilities for acute inpatient staff.* Journal of Mental Health Training Education and Practice 2(2), s.36-42.

Hughes et al. 2005: *Engaging precontemplative dual diagnosis clients.* Nursing Times s.*32-34.*

Hughes L. 2009: *A brief survey of service development needs for dual diagnosis in East Midlands prisons.* Advances in Dual Diagnosis 2(1) s.21-25.

Hughes L. et al. 2008: *A pilot team-based dual diagnosis training for assertive outreach teams.* Advances in Dual Diagnosis, s.6-12.

Høgsbro K. et al. 2003: *Brugerne, de professionelle og forvaltningen. En diskussion af sammenhængen mellem brugernes livsverden, den professionelle og frivillige indsats og den samlede organisering af tilbuddene til mennesker med hjemløshed, misbrug eller sindslidelse som problem.* AKF Forlaget.

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

Jefferey D. et al 2000: *Delphi survey of opinion on interventions service principles and service organisation for severe mental illness and substance misuse problems.* Journal of Mental Health 9(4), s.371-384.

Jenkins R. 2006: *Cannabis and young people: reviewing the evidence*. Jessica Kingsley.

Johansson K. & Wirbing P. 2005: *Riskbruk och missbruk: alkohol, läkemedel, narkotika: uppmärksamma motivera och behandla inom primärvärd, socialtjänst och psykiatri*. Natur och kultur, Stockholm.

Johnson S. et al. 2007: *Effects of training community staff in interventions for substance misuse in dual diagnosis patients with psychosis (COMO study): cluster randomised trial.* British Journal of Psychiatry *191(11), s.451-452.*

Karper L. et al. 2008: *Coordination of care for homeless individuals with comorbid severe mental disorders and substance-related disorders.* Journal of Dual Diagnosis *4(2), s. 142-157.*

Katz- Saltzman S. et al. 2008: *The impact of caregiver-care recipient relationship quality on family caregivers of women with substance use disorders of co-occurring substance and mental disorders.* Journal of Family Social Work 11(2) s.141-165.

Kielland K.B. 2000: *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Statens Helsetilsyn. Norge.

Kinsella C. 2006: *Introducing mental health: a practical guide*. Kingsley. London.

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

Kline J.S. & Mehler K.A. 2006: *Diagnostic inaccuracy and substance abusing patients with comorbid mental disorders a brief report*. Journal of Dual Diagnosis 2(3), s.101-108.

Kruszynski R. & Boyle P.E.: *Implementation of the integrated dual disorders treatment model stage-wise strategies for service providers.* Journal of Dual Diagnosis *2(3), s.147-155.*

Kvaternik I. & Grebenc V. 2009: *The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers*. European Journal of Social Work 12(4), s.509-521.

Larun L, Helseth V, Bramness JG, Gråwe RW, Haugerud H, Høie B, Kornør H, Landheim A, Lossius K, Hammerstrøm KT, Waal H. 2007: *Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport nr 21 - 2007.

Ley A. et al. 2007: *Development of a brief screen for substance misuse amongst people with severe mental health problems living in the community.* Journal of Mental Health *16(5), s.679-690.*

Lilleeng S. *Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF. Trondheim.

Lykke J et al. 2008: *Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbeltdiagnose.* Ugeskrift for læger, s.339-343.

Lykke J, et al. 2007: *Evaluering af Kognitiv Milj ◆terapi af dobbeltdiagnose patienter: rapport*. Psykiatrisk Center Sct. Hans. Roskilde.

Lykke J. 2004: *Sct. Hans Hospital. Fjordhus: integrerede specialafsnit for psykose- og misbrugsbehandling*. Sct. Hans Hospital. Roskilde.

Macdonald E.M. et al. 2004: *Social networks of people with dual diagnosis: the quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment.* Community Mental Health Journal 40(5), s.451-464.

Mancini M.A. et al. 2008: *Challenges to implementing the harm reduction approach.* Journal of Social Work Practice in the Addictions 8(3), s.380-408.

Mangrum L.F. & Spence R.T. 2008: *Counselor and client characteristics in mental health versus substance abuse treatment settings providing services for co-occurring disorders.* Community Mental Health Journal *44(3), s.155-169.*

Mangrum et al. 2006: *Gender differences in substance-abuse treatment clients with co-occurring psychiatric and substance-use disorders.* Brief Treatment and Crisis Intervention 6(3), s.255-267.

Manley D. et al. 2008: *Dual diagnosis - developing capable practitioners to improve services.* Advances in Dual Diagnosis *1(1), s.20-26.*

McMurran M. 2001: *Dual diagnosis of mental disorder and substance misuse*. NHS National Programme on Forensic Mental Health Research and Development

Merinder L. 2007: *Psykiatriens stedbørn.* Stof 2007;(9):28-29. København.

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

Mitchell A.J. et al. 2009: *Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies.* British Journal of Psychiatry 194(6), s.491-499.

Mohamed S. et al. 2006: *Neurocognitive functioning in dually diagnosed middle aged and elderly patients with alcoholism and schizophrenia*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21(8), s.711-718.

Moore B.C. 2005: *Empirically supported family and peer interventions for dual disorders.* Research on Social Work Practice *15(4), s.231-245.*

Moran P. et al. 2006: *Personality and substance use disorders in young adults.* British Journal of Psychiatry *188(4), s.374-379.*

Morris C. and Moore E. 2009: *An evaluation of group work as an intervention to reduce the impact of substance misuse for offender patients in a high security hospital.* Journal of Forensic Psychiatry and Psychology *20(4), s.559-576.*

Morse G.A. et al. 2006: *Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes.* Community Mental Health Journal 42(4), s. 377-404.

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

Mueser K.T. 2006: *Dubbel diagnos: allvarlig psykisk sjukdom och missbruk: en forskningsoversikt*. Stiftelsen ett helt liv. Karlskrona.

Mueser K.T. 2006: *Integrert behandling - av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget. Oslo.

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

Mueser K.T. & Linderoth L. 2006: *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforl. Oslo.

Mueser K.T. 2003: *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. Guilford Press. New York.

Myrhaug A.M. 2007: *Motivasjon til behandling for mennesker med dobbeltdiagnose: "det er ikke sånn at du bare våkner opp en dag og sier at 'nu skal jeg forandre livet mitt"*. Institut for Psykologi, Københavns Universitet. København.

Møller T. 2004: *Substance abuse, symptoms and functioning in psychotic patients,* Nordic Journal of Psychiatry, 58(3).

National Association of State Mental Health Program Directors/National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors, 1998: *The new conceptual framework for co-occurring mental health and substance use disorders.* Washington, DC. NASMHPD/NASADAD.

Network SC. 2006: *Inpatient treatment of drug and alcohol misusers in the National Health Service*. Specialist Clinical Addiction Network. UK.

O'Hare T. et al.2004: *Validating the Alcohol Use Disorders Identification Test with persons who have a serious mental illness.* Research on Social Work Practice 14(1) s.36-42.

O'Hare T. et al. 2001: *Co-occurring psychosocial distress and substance abuse in community clients: initial validity and reliability of self-report measures.* Community Mental Health Journal 37(6), s.481-487.

Olsen C.B. 2000: *Projekt Vista Balboa: et tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug i Odense Kommune*. Center for Alternativ Samfundsanalyse. København.

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

Pallesen J. et al. 2009: *Dobbeltdiagnose: håb, afklaring, handling: en antologi*. Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital. Risskov.

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

Phillips P. et al. 2010: *Dual diagnosis: practice in context*. Chichester, West Sussex: Blackwell.

Piek N. 2009: *Developing a therapeutic group programme to address dual diagnosis needs in a medium secure unit.* Advances in Dual Diagnosis 2(2), s.19-23.

Rapp C.A. et al. 2008: *Evidence-based practice implementation strategies: results of a qualitative study.* Community Mental Health Journal 44(3), s. 213-224.

Rask P. 2000: *Skizofrene misbrugere*. Enheden for Klinisk Alkoholforskning. Odense Universitetshospital. Odense.

Rassool G.H. 2006: *Dual diagnosis nursing Rassool.* Oxford: Blackwell.

Rassool G.H. 2001: *Dual diagnosis: substance misuse and psychiatric disorders*. London: Blackwell Science.

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

Rosenqvist P. 2004: *Addiction and life course*. Helsingfors: NAD.

Rosenthal R.N. 2003: *Dual diagnosis*. Brunner-Routledge. New York.

Roush S. 2008: *Starting a dual diagnosis anonymous meeting: the role of the clinician.* Journal of Dual Diagnosis 4(2), s. 158-169.

Rush B.R. et al. 2008: *The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery.* Evaluation Review 32(1), s.7-38.

Sajatovic M. et al. 2006: *Psychiatric comorbidity in older adults with bipolar disorder.* International Journal of Geriatric Psychiatry 21(6), s.582-587.

Skarstein S. 2000: *De psykiatriske ungdomsteamene: Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering.* Statens helstilsyn, 11:2000.

Scott C.L. et al. 2006: *Dual diagnosis among incarcerated populations: exception or rule?* Journal of Dual Diagnosis 3(1), s.33-58.

Scott H. et al. 2001: *Working with people with dual diagnosis in the voluntary sector: training and support needs of practitioners.* Mental Health and Learning Disabilities Care 4(9), s.297-301.

Smelson D.A. et al. 2005: *Preliminary outcomes from a community linkage intervention for individuals with co-occurring substance abuse and serious mental illness.* Journal of Dual Diagnosis 1(3), s.47-59.

Smith J. 2007: *Co-occurring substance abuse and mental disorders: a practitioner's guide*. Lanham Md.: Jason Aronson.

Smith M. 2008: *Substance of young minds.* Addiction Today *19(113), s.18-19.*

Stohler R et al. 2005: *Dual diagnosis: the evolving conceptual framework*. Basel: Karger.

Swann A.C. 2005: *Bipolar disorder and substance abuse: two disorders or one?* Journal of Dual Diagnosis 1(3), s.9-23.

Swartz J.A. & Lurigio A.J. 2005: *Detecting serious mental illness among substance abusers: use of the K6 screening scale.* Journal of Evidence-Based Social Work 2(1/2), s.113-135.

Swinden D. & Barret M. 2008: *Developing a dual diagnosis.*Nursing Times. s.26-27.

Sønderby L. 2006: *Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien*. Århus Universitetshospital, Risskov.

Timko C. et al. 2006: *Dual diagnosis patients in community or hospital care: One-year outcomes and health care utilization and costs.* Journal of Mental Health 15(2), s.163-177.

Timko C. et al. 2007: *Predictors of dually diagnosed patients' psychiatric symptom exacerbation during acute substance use disorder treatment.* Journal of Dual Diagnosis 4(1), s.55-74.

Tracy E.M. & Biegel D.E. 2006: *Personal social networks and disorders: a literature review and implications for practice and future research.* Journal of Dual Diagnosis 2(2), s.59-88.

Tracy E.M. & Johnson P.J. 2007: *Personal social networks of women with co-occurring substance use and mental disorders*. Journal of Social Work Practice in the Addictions 7(1/2), s.69-90.

Trippier J & Parker S. 2008: *Reflections on the role of the specialist dual diagnosis clinician.* Advances in Dual Diagnosis 1(1), s.14-19.

Wade D. et al. 2006: *Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study.* British Journal of Psychiatry *189(3), s.229-234.*

Watts M. 2007: *Management of severe mental illness and substance misuse.* - Nursing Times, s.*28-29.*

WHO 2006: *Expert Committee on Drug Dependence: thirty-fourth report*. World Health Organization. Geneva.

Woltmann E.M. & Whitely R. 2007: *The role of staffing stability in the implementation of integrated dual disorders treatment: an exploratory study.* Journal of Mental Health 16(6), s.757-769.

Wood N et al. 2009: *Setting up a dual diagnosis service within a forensic inpatient setting: reflections one year on.* Advances in Dual Diagnosis WOOD 2(3), s.20-24.

Wright S. et al. 2002: *Mental illness, substance abuse, demographics and offending: dual diagnosis in the suburbs.* Journal of Forensic Psychiatry 13(1), s.32-52.

Wyman K. & Castle D.J. 2006: *Anxiety and substance use disorder comorbidity: prevalence, explanatory models and treatment implications.* Journal of Dual Diagnosis 2(4), 2006, s.93-119.

Zammit S et al. 2002: *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study.* British Medical Journal*,* 11(2), s.1199-1201*.*