

# Forside

## Eksamensopgave

---

<b>Semester:</b>	7. semester
<b>Modul:</b>	Modul 13
<b>Gruppenr.:</b>	39
<b>Antal anslag:</b>	146.419, svarende til 61,01
<b>Titel:</b>	Dobbeltdiagnosticerede borgeres møde med den offentlige sektor - En kvalitativ undersøgelse af to tidligere dobbeltdiagnosticerede borgeres oplevelse af misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatriens tværsektorielle samarbejde
<b>Engelsk titel:</b>	Dual-diagnosed citizen's encounter with the public sectors – A qualitative study of two previous dual-diagnosed citizen's experience of the cross-sectorial collaboration between the substance abuse treatment and the psychiatric treatment
<b>Dato:</b>	17. december 2019
<b>Vejleder:</b>	Berith Heien Lauridsen

<b>Navn:</b>	Frederikke Juul Thorup		
Studienr.	20164779	Studentmail:	fthoru16@student.aau.dk
<b>Navn:</b>	Maja Bangsgaard Møller		
Studienr.	20160849	Studentmail:	mbmo16@student.aau.dk

# Dobbeltdiagnosticerede borgeres møde med sektorerne

En kvalitativ undersøgelse af to tidligere dobbeltdiagnosticerede borgeres oplevelse af misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatriens tværsektorielle samarbejde



Aalborg Universitet  
Socialrådgiveruddannelsen  
Bachelorprojekt



## Forord

*Denne opgave er udarbejdet af studerende på socialrådgiveruddannelsen ved Aalborg Universitet, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra socialrådgiveruddannelsens side og er således et udtryk for forfatterens egne synspunkter.*

I forbindelse med vores projekt har vi haft kontakt med en række nævneværdige personer, der har været medvirkende til, at vi har kunnet fuldføre dette projekt. Vi vil gerne takke vores vejleder Berith Heien Lauridsen for hendes engagement, som hun har udvist i form af at være velforberedt og yde kompetent, faglig og kritisk vejledning. Yderligere vil vi gerne takke Rusmiddelafsnittet i Aalborg og Psykiatrien i Region Nordjylland, da de har formået at give os en bredere indsigt og forståelse af disse sektors arbejdsopgaver. Slutteligt vil vi særligt gerne takke vores borgerinformanter for deres deltagelse, da udførelsen af dette projekt ikke havde været muligt uden deres perspektiver.

**Titel:** Dobbelt diagnosticerede borgers møde med den offentlige sektor - En kvalitativ undersøgelse af to tidligere dobbelt diagnosticerede borgers oplevelse af misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatriens tværsektorielle samarbejde

**Engelsk titel:** Dual-diagnosed citizen's encounter with the public sectors – A qualitative study of two previous dual-diagnosed citizen's experience of the cross-sectorial collaboration between the substance abuse treatment and the psychiatric treatment

**Antal anslag:** 146.419

**Dato:** 2. januar 2020

**Sted:** Aalborg Universitet

**Uddannelse:** Socialrådgiveruddannelsen

**Vejleder:** Berith Heien Lauridsen

**Projektfattere:** Frederikke Juul Thorup & Maja Banggaard Møller



## Indholdsfortegnelse

1. Abstract	7
2. Indledning	8
3. Problemfelt	9
3.1. Målgruppebeskrivelse	9
3.1.1. Misbrug	9
3.1.2. Psykiske lidelser	10
3.1.3 Dobbeldiagnose	11
3.2. Den sektorielle opdeling på dobbeldiagnoseområdet	12
3.3. Juridiske rammer	14
3.4. Den tværsektorielle ansvarsfordeling	14
3.5. Koordinerende indsatsplaner	15
3.6. Problemformulering	17
4. Metode	17
4.1. Forforståelse	17
4.2. Afgrænsning og begrebsafklaring	18
4.3. Videnskabsteori	18
4.3.1. Den kritiske hermeneutik	18
4.4. Empirisk tilgang	20
4.5. Kvalitativ metode	21
4.5.1. Valg af interviewform	21
4.5.2. Valg af informanter	23
4.5.3. Juridiske og forskningsetiske overvejelser	24
4.6. Databearbejdning	26
4.6.1. Interviewguide	26
4.6.2. Transskribering	28
4.6.3. Analysestrategi	28
5. Teori	29
5.1. Relationel koordinering	29
5.2. Anerkendelsesteori	30
5.2.1. Den private sfære	32
5.2.2. Den retslige sfære	32



5.2.3. Den solidariske sfære	32
5.2.4. Krænkelser	33
5.3. Foucaults magtbegreb	34
6. Analyse	35
6.1. Præsentation af informanter	35
6.2. Relationel koordinering	36
6.3. Relation	39
6.4. Anerkendelsesteori	42
6.4.1. Delindledning	42
6.4.2. Den private sfære	42
6.4.3. Den retslige sfære	44
6.4.4. Den solidariske sfære	47
6.5. Foucaults magtbegreb	49
7. Konklusion	51
8. Handlingsforslag og perspektivering	55
8.1. Psykiatriens Hus	55
8.1.2 Mødet med Psykiatriens Hus	56
8.2. Sammenkobling	58
9. Litteraturliste	60
9.1. Lovgivning	64



## **Bilagsoversigt**

**Bilag 1:** Pilotinterview 1 – Rusmiddelafsnittet, Aalborg Kommune

**Bilag 2:** Pilotinterview 2 – Psykiatrien, Region Nordjylland

**Bilag 3:** Interviewguide

**Bilag 4:** Informant 1 - Ane

**Bilag 5:** Informant 2 – Iben

**Bilag 6:** Fortrolighedserklæring

## 1. Abstract

This project is based on the challenges that are seen for citizens with mental illness and simultaneous substance use disorder. Including, more specifically according to the organizational division when these citizens seek help in the Danish welfare system. Our focus through this project will be the citizen's experiences and perspectives about having to navigate between several sectors that currently have a challenging collaboration. One of the most fundamental problems in the dual diagnosis area, that we have experienced through this project, is that, the thing that has been found through the Danish health agreements is required to help this vulnerable group of citizens, is not implemented in practice. This is despite the fact that there currently is a need for the region and the municipality to draw up "coordinating action plans" for citizens with mental illness and simultaneous substance use disorder. Furthermore, we have learned that another problem arises when these "coordinated action plans" are not offered and drawn up for everyone within this vulnerable and exposed group. Through this project we have been able to conclude, that these citizens suffer from the fact that health plans, psychiatric plans and other guidelines in this area are not enforced in practice, including, in particular that the requested collaboration is not enforced. When these are not enforced in practice, our conclusion is that this can be of great importance to the individual citizen, as they do not obtain the necessary and required assistance and treatment. Furthermore, this may mean that these citizens are at greater risk of relapsing into the substance use disorder, worsening their mental state as well as having many longer-term admissions at the psychiatry.

Through this project and study, we have concluded that the relationship between the professional and the dual-diagnosed citizen is essential and significant in relation to the citizen's motivation and hereby also receiving assistance and treatment.

## 2. Indledning

En undersøgelse fra VIVE udgivet i 2018 viser, at der i 2014 var 39.212 borgere med psykiske lidelser og misbrug. Gennemsnitlig er det beregnet, at bruttoudgiften på indsatser og ydelser for denne målgruppe, er 269.505 kr. pr. person årligt (Benjaminsen, Birkelund, Enemark & Andrade, 2018:13). Borgere med en eller flere psykiske lidelser og et samtidigt misbrug anses som værende en udsat og kompleks gruppe af borgere. Inden for dobbeltdiagnoseområdet er der gennem de seneste mange år iværksat og gennemført flere projekter med henblik på at tilbyde disse borgere den bedst mulige hjælp og behandling. Til trods for dette er antallet af dobbeltdiagnosticerede borgere stigende, hvilket vi finder bekymrende. Vi stiller os undrende overfor, hvordan antallet af dobbeltdiagnosticerede borgere kan være stigende, når der gennem de seneste år har været et øget fokus på denne målgruppe. Vi har derfor valgt denne målgruppe i vores projekt. Vi finder det interessant at se nærmere på, hvordan disse borgere oplever vilkårene i behandlingen, samt hvordan de relevante fagpersoner og sektorer indenfor dette område påtager sig ansvaret for denne målgruppe. Ydermere bliver vi nysgerrige på, hvordan de formelle rettigheder benyttes inden for dobbeltdiagnoseområdet. Allerede tidligt i udarbejdelsen af projektet og undersøgelsen, tydede megen evidensbaseret viden på, at dette område var et komplekst område, når der blev set nærmere på den organisatoriske opbygning og opdeling. Det tydede samtidigt på, at det tværsektorielle samarbejde er kompliceret og udfordrende. Inden påbegyndelsen af dette projekt var vores forforståelse, at det tværsektorielle samarbejde var problemfyldt, hvilket har givet os en kritisk tilgang til denne undersøgelse.

Vi har haft stor interesse inden for området omkring udsatte voksne og har i forbindelse med tidligere projekter stiftet bekendtskab med dobbeltdiagnoser. Vi har derigennem fundet det interessant at se nærmere på, hvordan borgere med to omfattende problematikker oplever hjælpen og behandlingen, når de har erkendt, at de har haft behov for professionel hjælp. Før vi påbegyndte dette projekt, fandt vi det interessant at se nærmere på misbruget og den psykiske lidelses påvirkning af hinanden. Herunder om påvirkningen kunne have indflydelse på borgerens forudsætninger for at modtage hjælp. Yderligere har vi i forbindelse med vores uddannelse gjort os tanker om, hvordan man som professionel kan imødekomme denne gruppe borgere og være med til at skabe rammer og forudsætningerne for disse.

Vi har derfor undersøgt følgende: *“Hvilken betydning har det for de dobbeltdiagnosticerede borgere, når sektorerne ikke lever op til de indgåede aftaler og hvordan kan man forbedre vilkårene og forudsætningerne for behandlingen af disse borgere?”*

For at kunne undersøge dette, har vi først og fremmest indsamlet og gennemgået empiri såsom





rapporter, statistikker, hjemmesider mm. inden for psykiatri, misbrug og dobbeltdiagnoser.

Supplerende har vi afholdt interviews med forskellige relevante og involverede aktører inden for dobbeltdiagnoseområdet, som vi har fået kendskab til under udarbejdelsen af dette projekt, herunder behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland og Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune. Afholdelsen af disse pilotinterviews har været behjælpelig i forbindelse med indsnævring og afdækning af problemfeltet. For at kunne få et nærmere indblik i borgernes perspektiv, har vi i dette projekt og denne undersøgelse valgt at anvende kvalitative interviews med to tidligere dobbeltdiagnosticerede borgere. Vores projekt tager afsæt i den indsamlede empiri, hvoraf vi har udarbejdet analysen. Gennem analysen har vi anvendt den relationelle koordinering, relationsbegrebet, Axel Honneths anerkendelsesteori samt Foucaults magtbegreb. Det samlede projekt og undersøgelsen har vist os, at der ses et stort behov for et styrket, tæt og koordineret tværsektorielt samarbejde, som skal medvirke til at skabe de bedst mulige forudsætninger for behandlingen af dobbeltdiagnosticerede borgere. I forlængelse af den udarbejdede konklusion har vi udformet en perspektivering med fokus på Psykiatriens Hus i Silkeborg. Under perspektiveringen vil der samtidigt fremgå et konkret handlingsforslag, som vi mener, vil kunne benyttes inden for dobbeltdiagnoseområdet. Dette sammenkobles med vores perspektivering.

### **3. Problemfelt**

I det følgende afsnit vil vi beskrive og gennemgå de temaer, der skaber en forståelsesramme for indsnævringen af vores problemfelt. For at få denne forståelse beskriver vi målgruppen i den første del. Herefter har vi valgt at belyse den tværsektorielle opdeling og ansvarsfordeling mellem Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og Psykiatrien i Region Nordjylland gennem rapporter, aftaler og planer sammenholdt med egen indsamlede empiri gennem pilotinterviews. Dette danner udgangspunkt og grundlag for den udarbejdede problemformulering, der fremgår i slutningen af afsnittet.

#### **3.1. Målgruppebeskrivelse**

##### **3.1.1. Misbrug**

Et misbrug defineres inden for det socialfaglige område, som et forbrug af ét eller flere rusmidler som samtidig medfører fysiske og/eller psykiske problemer. Et misbrug medfører ofte individuelle skader samt sociale problemer og konsekvenser (Olsen & Lindhardt, 2018). Gennem dette projekt bliver ordet "misbrug" brugt som en fælles betegnelse for et skadeligt brug og afhængighed af enten alkohol eller

stoffer.

Ifølge en rapport udarbejdet af Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd (VIVE) i 2018, er der 13.308 personer med stofmisbrug og 29.786 personer med alkoholmisbrug. Det vil sige, at der samlet er 43.094 personer med misbrug. Dette er tal fra 2014 og viser antallet ud fra den samlede befolkning mellem 18 og 79 år (Benjaminsen et. al., 2018:8).

Der er mange risikofaktorer forbundet med et misbrug af stoffer og/eller alkohol. Eksempelvis kan brugen af rusmidler øge risikoen for voldelig adfærd og aggression hos misbrugeren. Dette kan være forårsaget af rusmidlernes påvirkning eller grundet abstinenser. Ofte bliver disse personers reaktionsmønstre påvirket af rusmidlerne og medvirke til nedsættelse af personens evne til at indgå i sociale situationer (Simonsen & Møhl 2010:743). Mennesker med misbrug kan være en stærkt udsat gruppe, da de ofte har flere følgevirkninger af misbruget og da der ofte opstår andre sociale problemstillinger. Det kan eksempelvis være i forhold til den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold, civilstatus og kriminalitet. Undersøgelser viser, at 82% af stofmisbrugere har én eller flere sygdomme udover misbruget. Endvidere viser undersøgelsen, at omkring 80% af misbrugere, der modtager social misbrugsbehandling, har en psykiatrisk diagnose (Grünberger & Lauridsen, 2013:7).

I nogle tilfælde kan indtaget af rusmidler medføre, at der opstår reelle psykiske symptomer, som fortsat er der efter misbrugets ophør. Andre symptomer kan opstå forårsaget af misbruget og ophører samtidig med misbrugets ophør, viser forskning fra Aarhus Universitetshospital (Olsen & Lindhardt, 2018).

### **3.1.2. Psykiske lidelser**

Psykiske lidelser og sygdomme er kendetegnet ved en række symptomer, som i udstrakt grad påvirker den enkeltes helbredstilstand og livskvalitet. En psykiatrisk diagnose er blot et navn eller et begreb for en gruppe af symptomer, der sammen optræder og på denne måde udgør en konkret psykisk tilstand, sygdom eller lidelse. Psykisk sygdom er en tilstand, der medfører markante udsving i følelser, tanker og adfærd. Jo tidligere den enkelte person opsøger og modtager behandling for sin sygdom, des bedre og lysere bliver fremtidsudsigterne. Dette gælder for alle diagnoser inden for psykiatrien (Psykiatrifonden, u.å.)

Oftest vil de fleste psykiske lidelser bero på en vekselvirkning mellem miljømæssige og biologiske forstyrrelser. Af denne grund behandles den psykiske lidelse oftest med en blanding af samtaler,

psykoterapi, gruppeforløb, medicin samt andre behandlingsformer, som kan medvirke til at ændre adfærden hos den enkelte.

Det er ikke altid let at skelne mellem det normale og unormale i forbindelse med psykiske symptomer. I nogle tilfælde vil man kunne argumentere for, at en diagnose ikke er essentiel, men at det for nogle kan være med til at afklare, om der kræves behandling og professionel hjælp. Dette med henblik på at forbedre personens levevilkår (Kessing, Sachs & Andersen, 2018).

Generelt er følelsesmæssige forstyrrelser og problematikker med adfærden meget udbredt i samfundet. Når en person er diagnosticeret med en psykisk sygdom, er diagnosticeringen ikke nødvendigvis en varig livsbetingelse - heller ikke ved diagnoser som tidligere er blevet betragtet som kroniske. Dette er også gældende i de tilfælde hvor den psykiske lidelse optræder samtidigt med et misbrug (Olsen & Lindhardt, 2018). Undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen i 2009 viser, at det er svært at sætte præcise tal på hvor mange danskere, der har en psykisk lidelse grundet manglende registreringer. Dog skønnes det, at 10-20% af den danske befolkning vil få en psykisk lidelse af svingende sværhedsgrad på et tidspunkt i livet. Omkring 2% af befolkningen får en psykisk lidelse som, ifølge kilden, anses som langvarig (Sundhedsstyrelsen, 2009:9).

Ifølge rapporten, der tidligere er benyttet fra VIVE, er antallet af personer med psykisk lidelse opdelt i svær psykisk lidelse og moderat psykisk lidelse. Vi har dog valgt at lægge disse tal sammen for at få et billede af hvor mange personer, der har en psykisk lidelse i Danmark. I 2014 er der således 180.890 personer i aldersgruppen 18-79 år, der har en psykisk lidelse (Benjaminsen et. al., 2018:8).

Der findes mange forskellige psykiske lidelser og der ses stor variation inden for disse. Til trods for variationen ses der på tværs af lidelserne ofte en stor sammenhæng med en sundhedsmæssig og social ulighed. Endvidere ses det, at disse borgere har en større risiko for at have svage og svigtende netværk, en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet, fysiske helbredsproblemer og generelt større dødelighed. Ydermere ses flere personer med psykiske lidelser også i hjemløshed og/eller kriminalitet (Socialstyrelsen, 2019).

### 3.1.3 Dobbeldiagnose

WHO definerer mennesker med dobbeldiagnoser som *"samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser"*. Det vil sige, at der er tale om personer, der har en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug af rusmidler (Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri, 2013:195)

Der kan findes mange forskellige forklaringer på sammenhængen mellem psykiske lidelser og misbrug. Misbruget kan have skabt eller frembragt den psykiske lidelse, misbruget kan skyldes selvmedicinering grundet den psykiske lidelse, misbruget og den psykiske lidelse kan begge skyldes en fælles bagvedliggende faktor og de to problemstillinger kan gensidigt påvirke hinanden i en dynamisk og cirkulær proces og er derfor med til at facilitere hinandens opståen (Olsen & Lindhardt, 2018). Når en psykisk lidelse optræder samtidigt med et misbrug, kan det medføre særlige udfordringer. Psykiatrien skriver at hvis en person er tilknyttet Psykiatrien og samtidigt har et misbrug, er det essentielt at afklare årsagen til misbruget og hvordan det vil påvirke personens hverdag, hvis man udfaser dette. Først derefter kan det blive planlagt, hvordan de skal behandle og støtte personen på en individuel tilpasset måde (Psykiatrien, u. å.).

En landsdækkende undersøgelse foretaget af Toftdahl, Nordentoft og Hjorthøj udgivet i 2015 inkluderede 463.003 patienter, som var tilknyttet Psykiatrien og som på daværende tidspunkt samtidig havde et misbrug. Undersøgelsen viser, at alkoholmisbrug generelt er den mest dominerende form for misbrug inden for denne gruppe af patienter. Undersøgelsen viser ydermere, at det oftere er mænd, der er dobbeltdiagnosticeret.

I alle psykiatriske kategorier har dobbeltdiagnosticerede oftest kun fuldført folkeskolen.

Alle dobbeltdiagnosticerede er signifikant mere sandsynlige til at modtage førtidspension.

Den almene skadestue bliver generelt besøgt flere gange pr. år, hvis den psykiske lidelse optræder samtidig med et misbrug. Forskning viser endvidere, at antallet af dødsfald af unaturlige grunde, eksempelvis ulykker, mord og selvmord er overrepræsenteret blandt personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Dette uanset hvilken psykisk lidelse, der optræder samtidigt med misbruget.

Dødsfald af unaturlige grunde forekommer ved 13% af de inkluderende i forskningen med personlighedsforstyrrelse og samtidigt misbrug (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2015).

### **3.2. Den sektorielle opdeling på dobbeltdiagnoseområdet**

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev amterne nedlagt og kommunerne fik myndighedsansvaret for misbrugsbehandlingen, mens Psykiatrien forblev i regionen. Her opstår spørgsmålet om, hvor borgere med misbrug og psykisk lidelse hører til og hvem der skal bære ansvaret. Dette vil vi se nærmere på i det nedenstående (Kommunaludvalget, 2013).

Når en person oplever at have et overforbrug/misbrug af alkohol eller stoffer, kan vedkommende rette



henvendelse til visitationen i Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune. Visitationen står klar til at hjælpe den misbrugende og/eller pårørende med information, vejledning og behandling. Dette kan gives i en åben rådgivning. Hvis misbrugsrådgiveren i visitationen finder ud af, at disse tilbud ikke er tilstrækkelige, kan der henvises til andre behandlingstilbud. Rusmiddelafsnittet tilbyder ambulante og døgnbehandling samt efterbehandling. Endvidere tilbydes der substitutionsbehandling (Aalborg Kommune, u. å.).

Når en person oplever at have psykiske vanskeligheder, kan Psykiatrien i Region Nordjylland tilbyde udredning, undersøgelser og behandling. Dette sker kun ved komplicerede psykiske sygdomme, som egen læge ikke kan undersøge og behandle tilstrækkeligt. For at blive udredt i Psykiatrien skal der være lavet en henvisning fra egen læge. Når Psykiatrien modtager henvisningen fra egen læge, vil personen typisk blive tilbudt et ambulante forløb i Psykiatrien. Psykiatrien tilbyder endvidere indlæggelse ved akutte situationer (Psykiatrien, 2018).

Psykiatrien kan tilbyde forskellige behandlingsformer, eksempelvis medicinsk behandling, terapeutiske samtaler, psykoedukation, gruppeforløb og samarbejde med pårørende. Psykiatrien forholder sig også til, at der i nogle forløb vil indgå elementer, som afklaring af behov for praktisk og social støtte, misbrugsbehandling og selvmordsforebyggelse (Psykiatrien, 2017).

Ved komplicerede psykiske lidelser, som optræder sammen med et massivt misbrug af enten alkohol eller stoffer, kan Psykiatrien i Region Nordjylland tilbyde en integreret behandling af dobbeltdiagnosticerede personer. Dette sker i det specialiserede team Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri (Psykiatrien, u. å.). En ansat i Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri (Bilag 2) fortæller, at de behandler patienter, som er diagnosticeret med skizofreni, borderline eller bipolar lidelse. For at blive tilknyttet dette ambulatorium, skal den Almene psykiatri i Region Nordjylland henvise dertil og den psykiske lidelse og misbruget skal være alvorlige og komplekse nok, før det kan blive behandlet i Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri. De ansatte i ambulatoriet tilbyder dobbeltdiagnosticerede patienter indenfor målgruppen behandling for den psykiske lidelse og for misbruget. Den ansatte, vi interviewede, fortalte endvidere, at den Almene psykiatri, som fungerer som visitationen og indgangen til Psykiatrien, er nødt til at afvise patienter ved døren. Dette ser vi som interessant, da der i Retningslinjerne for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i 2014, står følgende:

*“Den regionale behandlingspsykiatri må ikke afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at borgeren har et stofmisbrug. Ligeledes*



*må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle borgere med stofmisbrug med den begrundelse, at borgeren har en psykisk lidelse.” (Sundhedsstyrelsen, 2014:4).*

### **3.3. Juridiske rammer**

Misbrugsbehandlingen er organisatorisk placeret i kommunen og der arbejdes ud fra Sundhedsloven og Serviceloven. Når der er tale om et alkoholmisbrug, skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri alkoholbehandling jf. Sundhedsloven § 141. Denne behandling skal igangsættes, senest 14 dage efter at personen har henvendt sig til kommunen for at få hjælp. Ved stofmisbrug skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri lægesamtale med stofmisbrugere, som ønsker at komme i misbrugsbehandling jf. Sundhedsloven § 142. Det er samtidigt denne lov, der skal være med til at opretholde den lægelige og medicinske behandling af stofmisbrug. Ved stofmisbrugsbehandling udover lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler, skal personer med stofmisbrug tilbydes social stofmisbrugsbehandling jf. Servicelovens § 101 a. Efter at personen har henvendt sig til kommunen, skal misbrugsbehandlingen iværksættes i løbet af 14 dage.

Den psykiatriske behandling er organisatorisk placeret i regionen. Ved psykiske lidelser yder regionsrådet sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen. For at få adgang til den Almene psykiatri, herunder visitation, udredning og behandling, skal personen være henvist fra egen læge, medmindre behandling sker akut jf. Sundhedsloven § 79.

### **3.4. Den tværsektorielle ansvarsfordeling**

Ifølge Psykiatriplanen 2015-2020, ligger ansvaret for indsatsen for denne gruppe af dobbeltdiagnosticerede borgere delt mellem kommunerne og behandlingspsykiatrien i Regionen. Det delte ansvar stiller store krav til et tæt samarbejde mellem disse sektorer, og koordineringen på tværs bør være i højsæde for at hjælpe disse borgere tilstrækkeligt (Psykiatrien, 2015:34)

Sundhedsaftalen om indsatsen vedr. mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug tydeliggør, at hensigten med at koordinere indsatsen for dobbeltdiagnosticerede borgere er at fremme samarbejdet på tværs af misbrugsbehandlingen i kommunen og behandlingspsykiatrien i regionen. Endvidere skal det sikre, at aktørerne indenfor dette område opretholder deres generelle forpligtelse om at tilbyde og behandle både den psykiske lidelse og misbruget, til trods for at begge problematikker optræder samtidigt og i mange tilfælde komplicerer forløbet og behandlingen.

*“At hjælpe borgere med en alvorlig psykisk sygdom, der samtidig har et alvorligt*



*misbrugsproblem, kræver en stor opsøgende indsats, et tværfagligt behandlingssystem med en dobbeltekspertise og kompetence, der går på tværs af sektorer samt et tæt samarbejde og en tæt koordinering af indsatsen mellem behandlingstilbud i Regionen og kommunerne.” (Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO, 2016:2).*

I Psykiatriplanen udtrykkes det, at den psykiatriske behandling af dobbeltdiagnosticerede borgere skal varetages af regionen og misbrugsbehandlingen skal varetages af kommunerne. Undtagelsesvis varetager regionen både den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen i de perioder, hvor en borger er indlagt i behandlingspsykiatrien (Psykiatrien, 2015:41). Yderligere står det skrevet i Psykiatriplanen, at det er særligt vigtigt at have en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem de relevante aktører, der inddrages på tværs af sektorerne, når der er tale om komplekse forløb, der ofte kræver mange aktører, som når psykisk sygdom optræder samtidigt med et misbrug. Den klare opgave- og ansvarsfordeling skal være med til at give effektive og sammenhængende forløb for dobbeltdiagnosticerede borgere (Psykiatrien, 2015:34).

### **3.5. Koordinerende indsatsplaner**

I en rapport fra Psykiatriudvalget i 2013 markeres det, at der er behov for et styrket samarbejde i forhold til indsatsen for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. I rapporten tilrådes det, at regioner og kommuner udformer en koordinerende indsatsplan for disse borgere (Sundhedsstyrelsen, 2014:4). I den politiske sundhedsaftale fra 2015-2018 aftales det:

*“(…) at region og kommune fra 2015 udarbejder en koordineret indsatsplan for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug - særligt de unge.” (Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO, 2015:7)*

De koordinerende indsatsplaner er tilegnet borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som modtager behandling i Psykiatrien og som er tilkøbt misbrugsbehandlingen i kommunen. Disse indsatsplaner kan også udarbejdes, når der er tale om borgere med en psykisk lidelse, misbrug og meget komplekse sociale problemstillinger.

Formålet med de koordinerende indsatsplaner for den enkelte borger er at støtte op om regionen og kommunens udbredte forpligtelse til at sikre, at alle borgere indenfor denne målgruppe modtager behandling for den psykiske lidelse samt behandling for deres misbrug. Aftalen om koordineringen af



indsatser står samtidigt også beskrevet i sundhedsaftalen og er blevet implementeret som et værktøj til at sikre, at borgeren får en sammenhængende indsats. Aftalen om de koordinerende indsatsplaner skal desuden medvirke til at synliggøre og fremhæve, at de relevante behandlere i regionen og kommunen skal mødes, tale sammen og koordinere på tværs af sektorerne. Dette for at opnå en fælles indsigt i de problemstillinger og udfordringer som den enkelte borger oplever. Ansvar for de koordinerende indsatsplaner for dobbeltdiagnosticerede borgere er fælles mellem regionen og kommunen. Samtidigt har begge sektorer ansvaret for at vurdere, om den enkelte borger har behov for støtte til at kunne modtage en sammenhængende og koordineret indsats i forhold til både den psykiske lidelse og misbruget (Sundhedsstyrelsen, 2014:4). Når det koordinerede samarbejde i forbindelse med indsatsplanerne er opstartet, har alle de inddragede aktører et ansvar for, at de hver især påtager sig deres del af opgaven og sikre at samarbejdet prioriteres (Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO, 2016:7).

Da vi i opstarten af dette projekt så nærmere på de forskellige tiltag og indsatser, der allerede var iværksat indenfor det dobbeltdiagnosticerede område, stod det os meget tydeligt, at de koordinerende indsatsplaner var en gennemarbejdet og udbredt indsats over hele landet. Derfor har dette også været noget, vi har været nysgerrige på i forbindelse med vores pilotinterview med henholdsvis Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. I mødet med Rusmiddelafsnittet (bilag 1) spørger vi, om de koordinerende indsatsplaner er noget de har kendskab til og benytter sig af i forbindelse med behandlingen af dobbeltdiagnosticerede borgere. Her får vi et klart svar om, at det ikke er noget misbrugsbehandlere benytter sig af og at de generelt ikke har et veletableret og koordineret samarbejde med behandlingspsykiatrien i regionen. Rusmiddelafsnittet udtaler endvidere, at de har svært ved at komme i kontakt med Psykiatrien og at de oplever store udfordringer, når de vurderer, at en misbrugende borger har behov for en udredning i Psykiatrien. De fortæller ydermere, at når de har nogle borgere, der er tilkøbet Psykiatrien og som er udredt, så oplever de intet samarbejde på tværs af disse sektorer.

Da vi i vores pilotinterview med en ansat fra Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri i Region Nordjylland (bilag 2) spørger ind til deres kendskab og benyttelse af de koordinerende indsatsplaner, fortæller vedkommende, at de sjældent benytter sig af koordinerende indsatsplaner for den enkelte borger. Derfor står vores forforståelse af benyttelsen og udbredelsen af de koordinerende indsatsplaner i stor kontrast til, hvordan det reelt udfolder sig i de to sektorer. I forbindelse med indsamling af viden indenfor vores problemfelt opstår der et paradoks, når det kræves for at hjælpe de dobbeltdiagnosticerede borgere ikke stemmer overens med det, der reelt set foregår i praksis. På



baggrund af dette undrer vi os over, om disse borgere modtager den fornødne støtte og behandling i forhold til, hvad der kræves, når dobbeltdiagnosticerede oplever alvorlige og komplekse problemstillinger og udfordringer.

Med ovenstående overvejelser bliver vi nysgerrige på, hvordan dobbeltdiagnosticerede borgere oplever koordineringen og samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og behandlingspsykiatrien i regionen. Ydermere bliver vi nysgerrige på, hvilke ønsker og krav der bliver stillet til behandlingen fra et borgerperspektiv, hvilket leder os frem til følgende problemformulering:

### **3.6. Problemformulering**

*Hvilken betydning har det for de dobbeltdiagnosticerede borgere, når sektorerne ikke lever op til de indgåede aftaler og hvordan kan man forbedre vilkårene og forudsætningerne for behandlingen af disse borgere?*

## **4. Metode**

I det kommende afsnit vil vi redegøre for vores videnskabsteoretiske overvejelser, hvorefter vi vil beskrive den valgte metodiske tilgang, vores juridiske og etiske overvejelser samt de overvejelser vi har gjort os angående databearbejdning. Dette metodiske afsnit konstituerer undersøgelsesrammen for dette projekt.

### **4.1. Forforståelse**

Vores interesse for denne problemstilling er opstået i forbindelse med vores forforståelse af udfordringerne inden for dette område. Vores forforståelse er, at der sker en afgørende brist i samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien. Disse udfordringer, har vi indtrykket af, giver borgeren vanskelige vilkår i forbindelse med behandling. Vi har desuden en forforståelse om, at mange dobbeltdiagnosticerede borgere har et stort behov for at misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien har et bedre tværsektorielt samarbejde. Vi har en fordom om, at de fleste borgere uanset graden af udsathed, har svært ved at navigere rundt i forskellige offentlige systemer. Derfor bliver vi nysgerrige på, om de dobbeltdiagnosticerede borgere reelt set har samme oplevelse af dette og på, hvordan de oplever samarbejdet mellem sektorer og vilkårene for behandling af begge problemstillinger.

Vores forforståelse er endvidere, at dobbeltdiagnosticerede borgere skal være motiverede for at modtage behandling og vi antager, at hvis de føler sig afvist i enten den ene eller anden sektor, så kan

de miste motivationen og helt bakke ud af forsøget og ønsket om at ændre sine livsvilkår.

For at modtage enten misbrugsbehandling eller psykiatrisk behandling, er denne gruppe af borgere nødsaget til at florere i to forskellige systemer, som begge stiller krav til borgeren. Vi forestiller os, at dette i nogle tilfælde, kan være medvirkende til at nedbringe motivationen hos den enkelte.

Vores forforståelse er, at der på nuværende tidspunkt er begrænset kommunikation og samarbejde mellem sektorerne, hvilket stiller store krav til borgeren, der ofte er nødt til selv at bære ansvaret for egen behandling. Vi har en forestilling om, at der i nogle tilfælde kan være et stort behov for, at den enkelte borger kan få tildelt en tovholder eller koordinerende sagsbehandler.

## **4.2. Afgrænsning og begrebsafklaring**

Vi er bevidste om, at vi ikke har fokus på én socialrådgiverfunktion og herunder socialrådgiverens rolle. Dette er et bevidst valg, da vi kan argumentere for, at der er flere socialrådgiverfunktioner, der kan blive inddraget indenfor dette problemfelt. Dette resulterer dermed også i, at vi har undladt et afsnit med socialrådgiverens rolle, og benytter ordet 'fagperson' i tilfælde, hvor det ligeså vel kan være en socialrådgiver, som en sygeplejerske, læge eller anden relevant fagperson.

Gennem dette projekt har vi valgt at anvende begrebet "psykisk lidelse", som heri fremgår som en samlet betegnelse for psykisk sygdom samt psykiatrisk diagnose.

## **4.3. Videnskabsteori**

### **4.3.1. Den kritiske hermeneutik**

Vi er gået ind til projektet med nogle forforståelser og fordomme, som også har vakt vores interesse for denne målgruppe og dette problemfelt. Yderligere har vi haft interessen for at få indsigt i, og forståelse af målgruppens oplevelse af en given situation. Dette lægger op til den hermeneutiske tilgang. Ved den hermeneutiske tilgang ses forståelse og fortolkning som et af de elementære vilkår for vores tilgangsvinkel til verden og eksistensen. For at arbejde hermeneutisk er vi nødt til at se på fortolkning som et essentielt begreb, for at kunne forstå sociale foretagender (Højberg, 2014:310). Ifølge Gadamer<sup>1</sup> og den filosofiske hermeneutik vil vores forforståelse altid være der forud for vores forståelse. Vi er dermed altid påvirket af vores forståelsesramme - også kaldet forståelseshorisont og

---

<sup>1</sup> Hans-Georg Gadamer (1900-2002) systematiserer og udvikler den filosofiske hermeneutik, herunder forståelselære, i sit hovedværk *Wahrheit und Methode* fra 1960.



kan dermed ikke tilgå noget fordomsfrit. Gadamer argumenterer for, at fordomme er en frugtbar forudsætning for den enkeltes erkendelse af verden (Højberg, 2014:322). Dog ikke sagt, at fordomme altid er frugtbare og positive, men at fordomme bør ses som en grundlæggende del af vores forståelse. I vores projekt ser vi derfor vores forforståelse og fordomme som en elementær og grundlæggende del af vores forståelse af dobbeltdiagnosticerede borgere og deres oplevelse af samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien.

Den hermeneutiske tilgang handler om at forstå dele i forhold til helheden og samtidig forstå helheden i forhold til delene. Dette kaldes for den hermeneutiske cirkel. Denne vekselvirkning er med til at skabe sammenhæng mellem dele og helhed og kan samtidigt virke meningskabende senere i projektet. Desuden er det forbindelsen mellem dele og helhed, der gør det muligt at forstå og fortolke ud fra en given situation (Højberg, 2014:312).

Vores videnskabsteoretiske tilgang tager udgangspunkt i vores forforståelse omkring dobbeltdiagnosticerede borgere og deres møde med Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. For at få et billede af, om vores forforståelse reelt set hænger sammen med, hvad der foregår i praksis, har vi indsamlet empiri, både gennem pilotinterviews med de tidligere nævnte sektorer og rapporter, som er udarbejdet inden for dobbeltdiagnoseområdet. Disse har samtidigt været med til at indsnævre vores problemfelt og dermed har vi haft mulighed for at ændre på vores forståelse af den valgte problemstilling. Yderligere har vi indsamlet empiri gennem de afholdte interviews med dobbeltdiagnosticerede borgere, som senere er blevet transskriberet. Formålet med disse interviews var at give os et billede af borgerens forståelse af egen virkelighed i forhold til deres oplevelse af samarbejdet mellem ovennævnte sektorer. Dette har vi senere benyttet i vores forståelse og fortolkning af problemstillingen. Den indsamlede empiri i forbindelse med problemfeltet og de afholdte interviews med dobbeltdiagnosticerede borgere er med til at give os en ny forståelse af problemstillingen. Den nye forståelse gør, at vi er nødsaget til at revidere vores forståelseshorisont og dermed også opnå en ny forforståelse.

Ved meningskondensering fremhæves hovedtemaer, som er gennemgående for interviewene. Disse hovedtemaer vil blive benyttet i analysen og her vil den hermeneutiske cirkel benyttes. Her opstår der en vekselvirkning mellem informanternes fortællinger og udvalgt teori, for at kunne danne en samlet helhed og forståelse af den valgte problemstilling. Denne empiri taler ikke for sig selv, da empirien har brug for at blive fortolket, før der kan skabes mening af den nye viden (Langergaard, Rasmussen & Sørensen, 2006:70).

Gadamers filosofiske hermeneutik bliver kritiseret af Habermas<sup>2</sup>, da Habermas argumenterer for, at Gadamer mangler et kritisk perspektiv. Habermas antager, at Gadamer forbigår magtens og ideologiens underkuende funktion og mener, at man altid bør betragte magtens og ideologiens betydning for meningsdannelsen (Højberg, 2014:333)

Den kritiske hermeneutik læner sig meget op ad den filosofiske hermeneutik og den kritiske hermeneutik har på mange områder søgt inspiration i Gadamers tænkning. Habermas fastholder endvidere et "mistankens blik" på verden og mener ikke, at Gadamer i forbindelse med fortolkning og forståelse er i stand til at sondre mellem det gode og det dårlige, herunder også om det er en forståelse eller en misforståelse af en given situation (Højberg, 2014:334).

Den kritisk hermeneutiske metode vil vi argumentere for, er anvendelig i vores projekt, da vi slutteligt benytter det kritiske perspektiv og rejser vores problemstilling op på et samfundsmæssigt niveau. Gennem vores interviews har vi stillet spørgsmål, funderet over svarene og derefter revideret vores forforståelse. Herefter har vi stillet nye spørgsmål og revideret vores forståelse i en sammenkobling af den relevante viden og teori. Dette er medvirkende til, at vi kan opnå en rimelig forståelse for den andens forståelse, hvilket man indenfor hermeneutikken kalder for horisontsammensmeltning. Horisontsammensmeltningen opstår, da vi kan benytte vekselvirkningen mellem empiri, teori og det kritiske perspektiv til at komme frem til en konklusion og et eventuelt handlingsforslag til forbedring inden for samarbejdet på dobbeltdiagnoseområdet. Det er også her, at vi kan opnå forståelse for, hvordan de interviewede dobbeltdiagnosticerede borgere oplever samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien (Engen, Østergaard, Olsen, Ringø & Nielsen, 2016:30). Endvidere er det også i horisontsammensmeltningen, at der skabes en overordnet meningsdannelse og projektet som en helhed. Gennem dette får vi rykket med vores egen forståelse af dobbeltdiagnoseområdet og samarbejdet herunder og opnår hermed en horisontudvidelse (Højberg, 2014:324-325).

#### **4.4. Empirisk tilgang**

Når vi benytter den hermeneutiske tilgang, fastholder vi en vekselvirkning mellem deduktiv og induktiv metode. Dette kaldes abduktion og er en kombination mellem den induktive og den deduktive tilgang. Denne vekselvirkning opstår, da det ikke er muligt at forstå dele uden helheden og helheden heller ikke

---

<sup>2</sup> Jürgen Habermas (f. 1929) er en tysk filosof og sociolog indenfor kritisk teori. Han har udarbejdet en kritisk samfundsteori, hvilket har bragt ham i berøring med mange forskellige emner og videnskabsgrene.

kan forstås uden delene. Endvidere er det ikke muligt at undersøge hverken helheder eller dele som enkeltstående problematikker. Gennem vores projekt vil der dermed være en vekselvirkning mellem det empiristyrede og det teoristyrede (Jacobsen & Pringle, 2008:237). Den abduktive tilgang kan også anskues i forbindelse med, at vores teoretiske baggrund udfærdiger perspektiver og synsvinkler til fortolkning af meningen i vores indsamlede empiri (Thagaard, 2004:181).

## **4.5. Kvalitativ metode**

### **4.5.1. Valg af interviewform**

Vi har valgt at anvende den kvalitative metode til indsamling af empirisk viden og herunder vil vi benytte os af interviews. Dette kan gøre processen mere autentisk og kan være medvirkende til, at vi får en stor mængde information inden for udvalgte områder. Yderligere erfarede vi, at vi havde en større indflydelse på at få mere konkrete svar, modsat ved benyttelse af den kvantitative metode. En anden begrundelse for vores valg af kvalitativ metode er, grundet graden af kompleksitet og udsathed for vores udvalgte målgruppe. Vi har antaget, at disse informationer ikke vil blive oplyst lige så omfattende og fyldigt i en kvantitativ undersøgelse som fx i en spørgeskemaundersøgelse. Endvidere har formålet med valget af den kvalitative metode været, at medvirke til at opnå forståelse af et socialt fænomen og heriblandt opnå indsigt og forståelse af menneskers liv (Thagaard, 2004:13-15).

Under indsnævringen af vores problemfelt har vi benyttet os af pilotinterviews<sup>3</sup> med relevante fagfolk indenfor den valgte målgruppe. Disse interviews har været med til at konkretisere den udvalgte problemstilling inden for dobbeltdiagnoseområdet og skal give en praksisnær forståelse af en given problemstilling.

Under disse interviews, har vi anvendt en begrænset strukturering, da der kun bliver fastlagt et hovedtema på forhånd og der i løbet af interviewet bliver tilpasset spørgsmål, der har relevans for de pågældende temaer og det informanten bringer frem. Vi får dermed en åben samtale, der giver os indblik i, hvordan vores videre projekt skal forløbe (Thagaard, 2004:86-87). Før denne form for interview har vi ikke udarbejdet en interviewguide og interviewet er ikke blevet transskriberet, men bliver kort genfortalt i et referat, som fremgår i bilagene.

I forbindelse med vores interviews af borgerinformanter senere i projektet, har vi anvendt den semistrukturerede metodiske tilgang. Denne form kaldes for det kvalitative forskningsinterview. Ved

---

<sup>3</sup> Pilotinterview skal i dette projekt forstås som et indledende møde og interview med relevante fagpersoner, som har været med til at give os en forståelse og indsigt i sektorerne og deres oplevelse og syn på samarbejdet på dobbeltdiagnoseområdet.



afholdelsen af et semistruktureret interview, har vi forud for interviewet udformet en guide, der indeholder en oversigt over de temaer, der søges afdækket, og samtidig vil forslag til spørgsmål fremgå heri (Kvale & Brinkmann, 2015:185). Det generelle fokus, i henhold til besvarelsen af vores problemformulering, vil være fastlagt på forhånd, men det betragtes nærmere som en dialog mellem borgerinformanterne og os som interviewere. Den åbne dialog i forbindelse med det semistrukturerede interview, skabte plads til temaer og emner, som egentlig ikke var påtænkt interviewet fra starten (Thagaard, 2004:88). Ydermere gav anvendelsen af semistrukturerede interviews os muligheden for, at gennemgå informanternes udsagn på en grundig og fyldestgørende måde og gav os også muligheden for at tale dybere ind i nogle af de berørte emner. Det semistrukturerede interview gjorde det samtidigt også muligt for os som interviewere, at omformulere spørgsmål så de passede ind i konteksten og den pågældende samtale. I nogle tilfælde var det nødvendigt at undlade at stille nogle af de spørgsmål, som fremgår i interviewguiden. Dette var tilfældet, da flere af spørgsmålene allerede var blevet besvaret (Thagaard, 2004:86-87). Endvidere har vi benyttet indholdet af vores semistrukturerede interviews til at analysere og fortolke informanternes udsagn, som har bragt os videre til en teoretisk forståelse af den valgte problemstilling. Formålet med vores interviews med dobbeltdiagnosticerede borgere har været, at få vidtfavnende og udførlige informationer om deres oplevelser, følelser og erfaringer med det, at være dobbeltdiagnosticeret og hvordan de oplever samarbejdet mellem de to sektorer (Thagaard, 2004:13).

Ved kvalitative undersøgelser er det essentielt at sikre, at den fremkomne empiri fremstår som troværdigt og at undersøgelsen er udført på en pålidelig måde. Det kan sikres ved, at vi som interviewere fastlægger og redegør for, hvordan vi er kommet frem til denne empiri. En måde hvorpå vi har sikret troværdigheden gennem vores projekt og i analysen, har været ved at forsøge, at sondre mellem den egentlige empiri (informanternes udsagn) og vores egne fortolkninger og vurderinger. Ydermere kan troværdigheden styrkes, ved at vi har beskrevet vores relation til informanterne og hvilken betydning vores erfaringer fra vores pilotinterviews, har for det indsamlede datagrundlag (Thagaard, 2004:176-177). Troværdigheden sikres endvidere ved, at vi har valgt at anvende lydoptagelser og derefter transskribere interviewene, fremfor at tage notater. Yderligere har denne metode også givet informanterne en større følelse af tilstedeværelse og nærvær under interviewet. Dette har også været medvirkende til at skabe mere tillid mellem os og den enkelte informant. Dette oplevede vi under interviewene, da vi havde mulighed for at holde så meget øjenkontakt med informanten som muligt og havde mulighed for at give anerkendende nik, smil og lyde ud fra det sagte. Vi oplevede desuden en følelse af tillid og nærvær mellem os og informanten, ved at de responderede

på de førnævnte nonverbale værktøjer. Endvidere har vi forholdt os til, at vi med denne metode sikrede os, at vigtige informationer ikke gik tabt og at vi under transskriberingen kunne forholde os objektive og ikke benyttede egne forforståelser i informantens udsagn (Thagaard, 2004:100). Denne metode gav endvidere større mulighed for at få den fulde betydning og mening frem i forhold til informanternes udsagn. Når der anvendes notater, vil der naturligvis være en selektionsproces og vigtige udsagn og noget indhold vil dermed kunne gå tabt (Thagaard, 2004:185). Under analysen og konklusionen har de transskriberede interviews været en behjælpelig form for dokumentation i henhold til argumenteringen for de konklusioner, vi er nået frem til, da der ellers kan næres tvivl om troværdigheden. Vi bør ved bekræftbarheden kritisk gennemgå grundlaget for vores egne fortolkninger og forholde os til, at vores position i forhold til det undersøgte miljø, har betydning for vores fortolkninger og udfaldet af projektet (Thagaard, 2004:177).

For at opnå validitet i vores projekt og undersøgelse har vi haft fokus på præcisering af de spørgsmål, der blev stillet, så resultatet af de kvalitative interviews havde relevans for besvarelsen af vores problemformulering. Ydermere har vi benyttet den udarbejdede interviewguide til at opnå reliabilitet, da denne har været med til at sikre, at begge informanter får stillet de samme spørgsmål. Ved at vi har stillet de samme spørgsmål til begge informanter, har det medvirket til, at vi har opnået et mere gyldigt og pålideligt datagrundlag til analysen og konklusionen (Kvale & Brinkmann, 2015:317-318). Ved beslutningen om anvendelse af kvalitative interviews, har vi været opmærksomme på, at vi kun har haft to informanter og dermed ikke har haft et bredt datagrundlag at analysere på. Endvidere har vi haft for øje, at informanternes udsagn er deres egen opfattelse af en given situation og problemstilling og ikke en generaliseret samfundsmæssig holdning eller opfattelse. Dermed har den indsamlede empiri fra vores interviews, sammenholdt med den tidligere indsamlede empiri (rapporter og pilotinterviews), dannet grundlag for vores analyse og konklusion.

#### **4.5.2. Valg af informanter**

Vores informanter er enkeltpersoner og er i vores projekt to borgere, der tidligere har haft en dobbeltdiagnose. Desuden har vi foretaget pilotinterviews med to fagprofessionelle fra Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og en fagprofessionel fra behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland, som er anvendt i forbindelse med indsnævring og argumentationen i vores problemfelt. Disse pilotinterviews har vi foretaget for at komme i gang med vores projekt og få en forståelse af, hvad der reelt set foregår i praksis inden for dobbeltdiagnoseområdet. Vi har forholdt os til, at vores interviews er enkeltpersoners oplevelse af den valgte problemstilling, hvorfor vi forholder os kritiske



overfor udfaldet og at det derfor ikke er udslagsgivende og generaliserende i forhold til en hel sektors eller målgruppes oplevelse og holdning.

I søgningen på dobbeltdiagnosticerede informanter, etablerede vi først et samarbejde med Rusmiddelafsnittets behandlingsenhed i Aalborg Kommune. Grundet travlhed i enheden, med efteruddannelse af de ansatte, udfordringer i forsøget på at finde nogle informanter til os og etiske overvejelser i forhold til arbejdet med de dobbeltdiagnosticerede, måtte vi afslutte samarbejdet. Vi tog herefter kontakt til en ansat ved Rusmiddelafsnittets visitation i Aalborg Kommune, i håb om at etablere et samarbejde med dem. De dobbeltdiagnosticerede som visitationen kontaktede, var ikke interesseret i at stille op til interviews, hvorfor vi også måtte afslutte dette samarbejde. I vores desperation efter at finde nogle nuværende eller tidligere dobbeltdiagnosticerede borgere, lavede vi en søgning via et facebookopslag. Da vi indså, hvor svært det var at finde nogle informanter, valgte vi at se bort fra, hvor meget de har været i kontakt med Psykiatrien og misbrugsbehandling, deres diagnose, misbrugsform, alder, køn osv. Det eneste kriterie vi havde til vores informanter var, at de skulle have stiftet bekendtskab med begge sektorer. Under den skriftlige korrespondance med vores informanter, fik vi indtrykket af, at de begge var godt uddannede og i balance i forhold til deres psykiske tilstand og misbrug. Da de begge har afsluttet eller er i gang med en socialfaglig uddannelse, vurderede vi, at vi ikke behøvede at tage store forbehold for vores sprogbrug.

#### **4.5.3. Juridiske og forskningsetiske overvejelser**

Under udarbejdelsen af vores projekt er vi ikke omfattet af reglerne om tavshedspligt jf. forvaltningslovens § 27, da vi som projektgruppe arbejder som private. Derved handler vi ikke på universitets vegne og er heller ikke omfattet af samme regler som offentligt ansatte. Vi er derimod omfattet af retningslinjerne og reglerne i databeskyttelsesforordningen, hvilket kan ses i den udarbejdede fortrolighedserklæring. Det vil altså sige, at der i udgangspunktet ikke må videregives oplysninger, men at vi i særlige tilfælde har videregivelsespligt, herunder underretningspligt jf. servicelovens § 154, anmeldelsespligt jf. straffelovens § 141 og vidnepligt jf. retsplejelovens § 168.

Under vores interviews gjorde vi informanterne opmærksomme på, at vi vil slette lydoptagelsen af interviewet, når projektet er afsluttet og vi har været til den afsluttende bacheloreksamen. Vi gjorde dem opmærksomme på, at de har ret til sletning af lydoptagelsen, hvis personoplysningerne ikke længere er fornødne til at opfylde formålet, som oplysningerne er blevet indhentet til jf. persondataforordningen artikel 17. Retten til sletning kan også ske, hvis informanterne trækker deres





samtykke tilbage. Informanterne kan til enhver tid trække deres samtykke tilbage jf. persondataforordningen artikel 7, nr. 3, hvilket vi har informeret begge informanter om inden interviewet. Ydermere har vi haft for øje, at vi kun har benyttet og behandlet de indhentede personoplysninger til formålet og på en varsom måde. Før opstarten af interviewene gjorde vi informanterne opmærksomme på, at lydoptagelserne kun ville blive benyttet som en del af datagrundlaget for udarbejdelsen af vores projekt. Endvidere bliver lydoptagelsen og personoplysningerne opbevaret utilgængeligt for uvedkommende jf. persondataforordningen artikel 5.

God forskningsetik er, at indhente samtykke fra informanterne hvor det fremgår, at deres medvirken er frivillig, at de vil blive anonymiseret og at indsigtsretten ikke gælder i relation til forskning. Vi vil have fokus på, ikke at stille for nærgående og personlige spørgsmål, så vi respekterer informanternes grænser. Vi skal synliggøre vores motiv og formål med projektet og dataindsamlingen, således at informanten inddrages og bliver tilstrækkeligt informeret i opstarten af interviewet.

Vi var opmærksomme på, at der kunne opstå etiske dilemmaer i forsøget på at finde informanter gennem Rusmiddelafsnittets behandlingsenhed og visitation. Da der opstod et etisk dilemma og vi selv skulle lave en søgning efter informanter, gjorde vi os etiske overvejelser i forhold til den skriftlige korrespondance med den respektive informant. Det har haft stor betydning for os, at vores dobbeltdiagnosticerede informanter blev mødt respektfuld og tillidsfuldt, samt at de fik tillid til os som interviewere og dermed ville oplyse os om følsomme oplysninger. Dette for at vi dermed kunne komme frem til brugbar data og empiri, som vi kunne benytte i vores projekt (Thagaard, 2004:14:85). Herudover havde vi fokus på at afholde mødet et sted, der ville være trygt for informanterne. De fik derfor medbestemmelsen til at vælge det sted, der var mest trygt for dem (Thagaard, 2004:97). Informanterne besluttede, at vi skulle afholde interviewene i deres eget hjem, hvilket også gav dem muligheden for at trække sig og "sige fra", hvis det blev ubekvemt for dem. Ved begge interviews blev vi mødt af et åbent hjem, hvor de begge havde sørget for drikkevarer og søde sager, hvilket vi ikke havde forventet eller efterspurgt. Dette gav os en følelse af at blive budt velkommen i deres hjem. Under interviewene var vi opmærksomme på aktiv lytning, som på den måde skulle medvirke til at udvise medfølelse og forståelse for deres fortællinger (Thagaard, 2004:89) Til dette, benyttede vi os også af opmuntrende og anerkendende nik, smil og lyde/ord som "mmh" og "ja" som vi, i de fleste tilfælde, har valgt at udelade i transskriberingen af vores interviews (Thagaard, 2004:89-90)

Gennem vores interviews anvendte vi forskellige typer af opfølgende spørgsmål, som skulle medvirke

til at sikre vores forståelse af det sagte i interviewene. De forskellige typer af opfølgende spørgsmål fremtræder i vores interviews som eksempelvis: *“Forstår jeg det rigtigt, hvis jeg hører dig sige, at behandlingen var meget opdelt?”*, *“Forstår jeg det rigtigt, hvis det er selve den pædagogiske bostøtte, men ikke sagsbehandleren der sagde, okay, vi skal lige huske misbruget her?”* og *“Jeg skal bare lige være sikker på, at jeg forstår det rigtigt. Var det personer der var diagnosticeret med en psykisk lidelse?”* Dette blev også anvendt, for at undlade vore egne fortolkninger og antagelser omkring det sagte, og for at forebygge at vi fik det forkerte indtryk af informantens udsagn (Thagaard, 2004:90). Vi har haft fokus på at fortælle vores informanter, at de endelig skal *“sige fra”*, hvis vi berører noget, der bliver for nærgående eller personligt for dem. Dette for at undgå et etisk dilemma og for at vores informanter følte sig trygge og ikke pressede til at fortælle noget, de ikke ønskede (Thagaard, 2004:107). I den forbindelse har begge informanter givet tydeligt udtryk for, at de var meget åbne og villige til at svare på de spørgsmål, vi måtte have. Vi har forholdt os til, at vi kunne udøve en magt, da vi havde ansvaret for styringen af svarene og dermed havde magten til at definere andres virkelighed. Underforstået skal man dermed forholde sig til at udføre empatiske interviews og håndtere det sagte respektfuldt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ydermere har vi haft fokus på, at vi som interviewere oplever informanternes situation udenforstående og på den måde kan have svært ved at forsikre os om, at vi får den rette forståelse af deres oplevelser, da vi har et andet perspektiv end dem. For i højere grad at kunne sikre os, at vi får den rette forståelse, har vi også her benyttet de tidligere nævnte opfølgende spørgsmål. Da vi har en smal viden indenfor området, valgte vi bevidst at tydeliggøre dette over for informanterne, for at kunne undgå at det føles som fremmedgørende og grænseoverskridende for informanten (Thagaard, 2004:177).

## **4.6. Databearbejdning**

### **4.6.1. Interviewguide**

I forbindelse med de semistrukturerede interviews har vi udarbejdet en interviewguide, som er blevet anvendt som et redskab til at sikre, at vi har fået belyst alle relevante temaer, men også at vi ikke har afvejet fra disse (Kvale & Brinkmann, 2015:185). Vi har udformet én interviewguide, som er blevet anvendt under begge interviews. Dette har været muligt, da det er samme temaer og problemstillinger, vi har valgt at belyse og analysere på. Udformningen er sket ved, at vi har gennemgået vores problemfelt og fundet frem til hvilke spørgsmål, vi skulle have besvaret fra vores informanter, for at kunne besvare vores problemformulering senere i projektet. Det første spørgsmål vi stillede informanten, havde til formål at opstarte interviewet skånsomt og berolige informanten. Dette,



følte vi, skabte en god start på en efterfølgende god dialog og gav os følelsen af, at der blev skabt tillid mellem informanten og os som interviewere. Det var essentielt for os at forsøge at skabe tillid, da informanten på den måde havde tillid til at åbne op for os som interviewere og besvare emotionelle spørgsmål på en reflekterende måde (Thagaard, 2004:97). Endvidere gjorde vi os overvejelser angående vores spørgeteknik i henhold til interviewguiden, hvor vi har benyttet os af en vekselvirkning mellem åbne og lukkede spørgsmål. Vi havde fokus på at stille flest åbne spørgsmål, da det gav informanten mulighed for at fortælle ud fra eget perspektiv og vi dermed kunne undgå ledende spørgsmål, som kunne præge informanten med vores egne forforståelser. De lukkede spørgsmål benyttede vi til konkretisering og for at skabe et overblik over informanternes tidligere situationer, erfaringer og oplevelser.

Vi har begge deltaget under de to interviews, hvor den ene har fungeret som primærinterviewer og stillet spørgsmålene og den anden har fungeret som sekundærinterviewer og observatør. Den sekundære interviewer supplerede og deltog samtidigt i interviewene. Dette valgte vi, for at gøre samtalen mere autentisk og for at undgå for lange pauser i forbindelse med, at den primære interviewer skulle skabe sig overblik i interviewguiden. Dette blev også en investering i en mere sammenhængende dialog.

Forinden interviewene oplæste vi en introduktion om formalitet, herunder præsentation af os, vores formål med projektet og en gennemgang af den udarbejdede fortrolighedserklæring. I den forbindelse blev fortrolighedserklæringen underskrevet af både informant og interviewer (Bilag 3).

Vi havde forberedt os på, at informanterne kunne have svært ved at fortælle og sætte ord på deres nuværende eller tidligere livssituation, hvorfor vi udarbejdede mange spørgsmål i interviewguiden. Vi erfarede dog, at vi havde med to informanter at gøre, som var meget åbne, og som ikke havde problemer med at fortælle om deres tidligere oplevelser. Dette resulterede i, at mange af de forberedte spørgsmål blev besvaret uden at blive stillet. Dette betød, at vi som interviewere skulle være særligt opmærksomme på, at holde fokus i fastholdelsen af spørgsmålene og temaerne fra interviewguiden.

I interviewguiden har vi benyttet begrebet "dobbeldiagnosticeret", da begge vores informanter omtaler sig selv som tidligere dobbeldiagnosticerede i forbindelse med den forudgående korrespondance over Facebook. Vi vurderede derfor, at vi godt kunne benytte os af dette begreb under

vores interviews og at begge informanter havde en forståelse for begrebet. Dette er dog noget vi har været opmærksomme på, da vores målgruppe er udsatte borgere, som ikke nødvendigvis kender til begrebet.

#### **4.6.2. Transskribering**

Vi har valgt at transskribere vores interviews, hvilket vil sige, at vi har transformeret de indtalte interviews til skrift. Da vi har benyttet transskribering, har vi været opmærksomme på, at kropssprog, det sociale samspil, tonefald, tempo osv. er gået tabt, da vi har valgt at undlade størstedelen af disse stemningsøjeblikke i selve transskriberingen (Kvale & Brinkmann, 2015:236). Endvidere har vi anvendt transskribering af en lydoptagelse, da det har givet en større frihed for os som interviewere, til at koncentrere os om interviewet, interviewguiden og temaerne (Kvale & Brinkmann, 2015:237).

Transskriberingen har desuden givet anledning til at kunne genhøre svarene igen og igen, hvilket har egnet sig til en nærmere analyse af informanternes perspektiver på egne oplevelser og erfaringer, som vi har anvendt i analysen.

Introduktionen i interviewguiden forud for spørgsmålene, har vi valgt at udelade i vores transskriberede bilag, da vi har vurderet, at det ikke har relevans for udarbejdelsen af analysen (Bilag 3).

#### **4.6.3. Analysestrategi**

Gennem dette projekt har vi valgt at anvende en hermeneutisk meningsfortolkende tilgang, som omfatter en mere kritisk og dybdegående fortolkning af interviewet. Vi havde fokus på de ting, der ikke umiddelbart bliver sagt, men alligevel implicit blev sagt gennem deres udtalelser. I denne meningsfortolkende tilgang har vi gennem vores fortolkning dannet strukturer og meningsrelationer, som ikke umiddelbart fremtræder i de transskriberede interviews. Ved at vi fortolker på de ting, der ikke nødvendigvis bliver sagt direkte i interviewene, har vi kunne benytte informanternes udsagn til at danne en bredere referenceramme (Kvale & Brinkmann, 2015:271-272). Den valgte tilgang kom til udtryk i analysen, ved at vi i nogle sammenhænge benyttede direkte citerede udtalelser, men ofte også inddrog og benyttede vores fortolkning og forforståelse, for at give læseren et mere nuanceret billede af vores forståelse og fortolkning af interviewet.

For at skabe overblik og struktur over vores kvalitative interviews, har vi anvendt kodning som en del af meningskondenseringen. Vi har anvendt lukket, også kaldet begrebsstyret kodning som analytisk redskab og vi har kodet i hele passager. I den begrebsstyrede kodning benytter vi koder/temaer, som vi

har udviklet og udvalgt i forvejen. Dette har vi gjort ved at gennemgå de transskriberede interviews, hvorved vi har oplevet følgende temaer som gennemgående: samarbejde, misbrug, psykiatri, relation og anerkendelse/motivation (Kvale & Brinkmann, 2015: 261-265). Vi følte, at det efterfølgende var nemmere at analysere og finde den relevante teori hertil, da det gav os indblik i, hvilke temaer der reelt set eksisterer i forhold til de to dobbeltdiagnosticerede borgeres oplevelse af det tværsektorielle samarbejde. Den udarbejdede kodning vil ikke fremgå i vores projekt eller i bilagene, da det blot er udarbejdet til egen benyttelse.

## 5. Teori

### 5.1. Relationel koordinering

For at løse en velfærdsopgave og opnå et godt resultat for borgerne, ses det som en nødvendighed at faggrupper og funktioner formår at samarbejde om den opgave, de er fælles om. Teorien relationel koordinering giver bud på, hvordan man i praksis kan styrke samarbejdet på tværs (Væksthus for Ledelse, 2016:3).

Relationel koordinering defineres som:

*"... en koordinering af arbejde ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt"* (Glintborg & Svejstrup, 2014:85).

Relationel koordinering er med til at beskrive, hvilke kendetegn der findes ved et hensigtsmæssigt samarbejde om den fælles opgave. Denne teori er udarbejdet af Jody Hoffer Gittel, som er en amerikansk forsker. Den danske forståelse af relationel koordinering er en sammenkobling af Gittells teori, suppleret med nogle nye komponenter fra danske konsulenter, som har videreudviklet Gittells teori (Væksthus for Ledelse, 2016:3).

*"Relationel koordinering beskriver den måde, gensidigt afhængige funktioner kommunikerer og samarbejder på for at kunne løse en bestemt opgave sammen"*

(Glintborg & Svejstrup, 2014:85)

Det vil altså sige, at relationel koordinering handler om, hvordan vejen mellem egen og andre fagpersoners fælles opgaveløsning konstrueres. Forskning viser, at det er særligt vigtigt at benytte den relationelle koordinering ved tre situationer:

- Når der er tale om en opgave, som umuligt kan lykkes eller løses på egen hånd og hvor de relevante funktioner er særdeles gensidigt afhængige af hinanden.

- Når der er tale om en opgave, der er yderst kompleks og som har en høj grad af uforudsigelighed, hvilket kan medføre en svær planlægning af detaljerne angående opgaveløsningen. Endvidere kan uforudsigeligheden medføre, at de relevante fagpersoner og funktioner kan være nødsaget til at tilpasse den valgte indsats ud fra, hvordan sagen udvikler sig undervejs.
- Når der er tale om en opgave, hvor det er nødvendigt, at den løses effektivt indenfor en kort tidsramme. Dette medfører, at de deltagende fagpersoner i nogle tilfælde er nødsaget til, at kunne foretage en hurtig beslutning og reagere på uventede ting, uden at kunne afvente en andens afgørelse fx fra lederen.

Der kan argumenteres for, at disse tre situationer afspejler mange af de velfærdsopgaver der bliver løst i kommuner og regioner, da der i arbejdet med mennesker ofte ses et stort tidspres, en høj grad af kompleksitet, behov for omskiftelighed og ofte foregår en form for tværfaglighed (Væksthus for Ledelse, 2016:4). Relationel koordinering handler grundlæggende om, at få en forståelse for hvordan den ene og den anden faglighed indgår i en bredere og større sammenhæng (Væksthus for Ledelse, 2016:6). Det betyder altså, at relationer, koordinering, kommunikation og samarbejde er kodeordene, når der arbejdes med relationel koordinering. Relationer og kommunikation mellem flere funktioner og faggrupper giver øget kvalitet i arbejdet, da man gennem disse begreber kan skabe fælles mål, viden og en gensidig respekt. Det virker samtidig mere præcist og problemløsende (Væksthus for Ledelse, 2016:8). Yderligere er arbejdet med relationel koordinering med til at skabe effektivitet og frembringe øget produktivitet i samarbejdet omkring komplekse opgaver (Væksthus for Ledelse, 2016:4).

Yderligere vil vi se nærmere på begrebet relation i forhold til relationens betydning for den enkelte borger og herunder den dobbeltdiagnosticerede borger. Relationens betydning og værdi er noget, der bliver understøttet gennem litteraturen. Mange dele af litteraturen tyder på, at færdigheden til at kunne forstå den anden, til at lytte samt til at etablere en hensigtsmæssig samarbejdsalliance ses som udslagsgivende for at kunne yde den krævede hjælp, skabe motivation og medvirke til udvikling og forandring (Eide & Eide, 2009:126).

## 5.2. Anerkendelsesteori

Vi har valgt at anvende Axel Honneths (1949 ---) anerkendelsesteori, da Honneth har en kritisk forholden sig til samfundet og de sociale aspekter heri (Honneth, 2006:7). Honneth er at finde inden for den kritiske teori og Frankfurterskolen, hvilket anbringer ham i det konfliktteoretiske perspektiv (Henriksen & Hemme, 2004:13). Denne teori vil medvirke i tilførelsen af et kritisk perspektiv til vores

projekt, hvilket vi vil argumentere for, lægger op til den kritisk hermeneutiske tilgang, som dette projekt tager udgangspunkt i. Denne kritiske synsvinkel relaterer desuden til vores udarbejdede problemformulering, da denne indeholder et kritisk perspektiv i forhold til dobbeltdiagnosticerede borgeres oplevelse af samarbejdet mellem Rusmiddelafsnittet og behandlingspsykiatrien.

Honneths teori om anerkendelse tager udspring i menneskets drivkraft i forhold til kampen om anerkendelse og menneskets oplevelse af mangel på social anerkendelse. I denne teori argumenteres der yderligere for, at vi som mennesker ikke kan agere som sociale og vellykkede individer, hvis autonomi og individualitet ikke bekræftes og der dermed opnås en anerkendelse. Endvidere argumenterer Honneth for, at mennesket ikke er i stand til at udvikle sin personlige identitet uden anerkendelse, idet udviklingen af den personlige identitet beror på anerkendelse fra omverdenen (Honneth, 2006:7-8).

Når man ser nærmere på menneskets evne til at udvikle sig i en positiv retning, er det essentielt at have øje for de samfundsmæssige og sociale betingelser. Samfundets universelle rettigheder anses som værende en anseelig forudsætning for, at enhver kan danne og indgå i jævnbyrdige relationer, anse sig selv som værende jævnbyrdig samt have en følelse af at være integreret i samfundet. Når der efter Honneths teori om anerkendelse skal ses nærmere på, om et samfund kan benævnes som solidarisk, afhænger dette af, om samfundet evner at sammenslutte borgernes forskellige præstationer, værdihorisonter og færdigheder (Honneth, 2006:13).

Gennem analysen vil teorien og begrebet anerkendelse blandt andet bestå i, at behandleren fra enten Rusmiddelafsnittet eller behandlingspsykiatrien anerkender den enkelte borger og den kompleksitet vedkommende befinder sig i. Yderligere kan anerkendelsesbegrebet bestå i, at de relevante aktører fra Rusmiddelafsnittet og behandlingspsykiatrien anerkender hinanden, deres kompetencer, viden og faglighed, så de på denne måde kan opnå et styrket tværsektorielt samarbejde til gavn for borgeren. Inden for Honneths anerkendelsesteori findes der tre sfærer:

- Den private sfære
- Den retslige sfære
- Den solidariske sfære (Honneth, 2006:13).

Alle disse tre sfærer ses som essentiel i forhold til udviklingen af mennesket som helhed, hvilket vil sige at mennesker udviser stort behov for anerkendelse inden for alle disse (Harder & Nissen, 2011:41). Desuden ses alle tre sfærer inden for anerkendelse som en betingelse for opnåelse af et fuldt

integreret samfund (Honneth, 2006:13).

### 5.2.1. Den private sfære

I den private sfære opnås anerkendelsen gennem respekt og kærlighed fra den enkeltes grundlæggende relationer og er med i skabelsen af et afhængighedsforhold, som fungerer gensidigt i forhold til den følelsesmæssige opmærksomhed. Behovet for anerkendelse afdækkes ifølge Honneth gennem tilstedeværelsen og eksistensen af en konkret anden.

Det kærlighedsforhold der opstår mellem moderen, faderen og barnet, mellem netværk samt mellem ægtefæller udgør relationer, der er med til, at den enkelte kan danne en form for fortrolighed med sine særprægede ressourcer, værdier og holdninger. I ovennævnte relationer kan den enkelte opleve, at disse ressourcer og værdier bliver imødekommet af den anden og dermed anerkendt. Samtidigt er det også her, den basale selvtilid hos den enkelte skabes, hvilket udruster den enkelte til at kunne håndtere at befinde sig i selskab med sig selv (Honneth, 2006:11). Honneth mener, at denne sfære er den mest fundamentale, da denne udruster den enkelte til at kunne kommunikere og handle i et fællesskab (Høilund & Juul, 2015).

### 5.2.2. Den retslige sfære

I den retslige sfære opnås anerkendelsen gennem den enkeltes formelle evne til at håndtere selvstyrende moralske handlinger. De generelle rettigheder, der er skabt for alle individer i samfundet, er behjælpelige til, at den enkelte kan opnå selvrespekt eller selvagtelse som et ligeværdigt individ af samfundet. Denne anerkendelse opstår gennem de lovsikrede rettigheder, som alle individer har adgang til, hvilket kan være de goder og ydelser, der bliver tilbudt i velfærdsstaten. Som et agerende individ i samfundet med adgang til samfundets rettigheder og hermed også selvrespekt, opnås der en bevidsthed om sig selv som et moralsk individ, der har kompetencer og egenskaber til at kunne indgå i drøftelser i det offentlige rum. Anerkendelsen af rettighederne i samfundet, er behjælpelig til at den enkelte er i stand til at være et selvstyrende individ. Dette er dog ikke ensbetydende med, at den enkelte uden rettigheder ikke er i stand til at have selvrespekt, men for at kunne realisere den største og bredeste form for selvrespekt, skal den enkelte være anerkendt som et selvstyrende, handlende og moralsk retssubjekt (Honneth, 2006:12). Endvidere bliver der argumenteret for, at der ingen nytte findes i de formelle rettigheder, hvis der ikke findes en reel anerkendelse af individets ret og værd i samfundet (Høilund & Juul, 2015:27).

### 5.2.3. Den solidariske sfære



Under den solidariske sfære skabes selvværdsættelsen, da det enkelte menneske anerkendes i helheden som et særpræget og enkeltstående individ og samtidig også som en del af et større fællesskab. I den solidariske sfære ser Honneth desuden en mulighed for selvrealisering (Harder & Nissen, 2011:41-42). Den solidariske sfære omhandler anerkendelse i forhold til at indgå som en del af et fællesskab eller i en gruppe som eksempelvis i arbejdsmæssige eller kulturelle fællesskaber. Den enkelte kan bidrage med sine særprægede, karakteristiske og enkeltstående egenskaber i forhold til den organisering, der er at finde i samfundet eller i det fællesskab eller den gruppe, den enkelte indgår i. Individet vil dermed også indgå i gruppens, fællesskabets eller samfundets solidaritet. Disse egenskaber vil fungere som bidrag til fællesskabets, gruppens eller samfundets normer og værdier og er dermed med til at skabe en følelse af solidaritet i fællesskabet. Dette bidrag vil blive anerkendt i fællesskabet, gruppen eller samfundet og vil for den enkelte være med til at opnå et fundamentalt selvværd, da personen får følelsen af at være ekstraordinær og unik. Det kan samtidig være med til at skabe en følelse af at være værdsat og påskønnet socialt, da individet vil fungere som en del af et solidarisk fællesskab (Honneth, 2006:12). Det er dog essentielt, at den enkelte samtidig er i stand til at anerkende de karakteristiske egenskaber hos andre medlemmer af fællesskabet, gruppen eller samfundet og anse disse som værende ligeså vigtige som sine egne egenskaber. Honneth argumenterer for, at opnåelsen af et fælles mål i fællesskabet kun er muligt, hvis der blandt medlemmerne skabes en gensidig anerkendelse af den enkeltes egenskaber (Honneth, 2006:172-173).

#### **5.2.4. Krænkelser**

Da der ifølge Honneth kan opstå krænkelser i de tre anerkendelsessfærer, vil vi belyse disse i dette afsnit. Den grundlæggende selvtillid, kan i privatsfæren blive påvirket af krænkelser. Disse krænkelser kan være voldtægt, mishandling og tortur og kan samtidig virke skadende for den fysiske integritet. Under den retslige sfære kan krænkelser "være" når en persons rettigheder bliver frataget eller ignoreret. Denne form for krænkelser kan skade eller endda ødelægge individets selvrespekt. Individets selvagtelse kan blive skadet i den solidariske sfære, såfremt en eller flere personer fra fællesskabet eller samfundet bliver krænket, overset eller ydmyget. Dette kan true individets værdighed og ære (Honneth, 2006:13-14).

Honneth argumenterer for, at de tre former for anerkendelse repræsenterer det gode liv. Det betyder samtidig også, at der opstår en form for ubalance hos den enkelte, hvis en af anerkendelsesformerne ikke er til stede (Honneth, 2006:15).

Ifølge Honneth er det essentielt, at de personer den dobbeltdiagnosticerede borger møder, anerkender

ham/hende i de signifikante sfærer. Dog er det ikke muligt for de fagpersoner den dobbeltdiagnosticerede borger møder, at agere som en primær relation i den enkeltes liv. Honneth mener yderligere, at det i nogle tilfælde i forbindelse med det sociale arbejde, kan være nødvendigt at etablere en professionel og tæt relation til dobbeltdiagnosticerede borgere. Denne relation betegnes som tillidsfuld og ligeværdig og kan for denne gruppe borgere virke anerkendende.

Honneth anser det som essentielt, at fagpersoner anerkender borgere inden for den retslige sfære, da disse fagpersoner besidder en magtposition i henhold til at forvalte lovgivningen, samt rådgive og hjælpe dobbeltdiagnosticerede borgere til at træffe beslutninger vedrørende behandling og indsatser. Det er dermed en af fagpersonerne og i særdeleshed socialrådgiverens fornemmeste opgave, at oplyse den enkelte borger om dennes rettigheder. Hvis denne opgave ikke bliver udført og den enkelte person ikke bliver oplyst om de juridiske rettigheder og muligheder, kan det formodes, at disse borgere kan få en følelse af krænkelse inden for denne sfære. Nogle dobbeltdiagnosticerede borgere vil sandsynligvis ikke være bevidste om, at de bliver krænket i denne situation, hvis de ikke har kendskab til deres rettigheder og muligheder. Det stiller dermed større krav til de relevante fagpersoner, da de skal være særdeles bevidste om at oplyse disse borgere om deres formelle og juridiske krav.

For at sikre at de dobbeltdiagnosticerede borgere føler sig som ligeværdige i samfundet, er det som fagperson vigtigt at inkludere borgeren i den solidariske sfære og samtidig arbejde på at mindske, at borgeren bliver udelukket fra samfundet eller fællesskabet. Krænkelse i den solidariske sfære vil kunne medføre mangel på selvværdsættelse, give den enkelte en følelse af ikke at indgå i det solidariske fællesskab. Denne krænkelse kan desuden betyde, at individet ikke opnår følelsen af at være ekstraordinær og unik og kan være med til at skade individets følelse af at være værdsat og påskønnet socialt (Honneth, 2006:13-15).

### **5.3. Foucaults magtbegreb**

Magt er i sig selv et neutralt begreb. Den er ikke i sig selv positiv eller negativ. Magt ses som uundgåelig i det sociale arbejde. Ifølge Michael Foucault bør man se magten som produktiv og mulighedsskabende. Foucault (1926-1984) var en fransk filosof og kulturkritiker, som har bidraget med betragtelige forståelser af undertrykkelsen af individet samt af magten og dennes relationer i institutioner og organisationer i samfundet. Foucaults ideologi om magt benyttes ofte i henhold til forståelsen af relationer i institutioner eller organisationer.

Foucault ser en tæt lighed og sammenhæng mellem viden og magt. Magten benyttes, når der ses et

ønske om forandring og ses også i form af viden og kompetencer, som anvendes i henhold til at støtte borgere med bevillinger, projekter og forløb. Endvidere er magten også medvirkende til at sikre borgerens rettigheder og retssikkerhed. Til trods for at Foucault taler om at have magt over andre, så er der ikke tale om undertrykkelse og tvang i forhold til magten. Magten benyttes til at producere viden og denne påtvinges ikke nødvendigvis andre personer uden for institutionen eller organisationen, men overtages ofte og indgår på denne måde som en del af borgernes forståelse af den producerede viden (Haslebo, 2011:132-134). Når den producerede viden opfattes som sand, udgør det også en del af den enkelte borger og medlem af organisationens selv vurdering og selvforståelse. Foucault omtaler magt som en form for disciplinering, hvilket betyder at de retorisk stærke personer i eksempelvis organisationer eller samfundet producerer viden og dermed et billede af virkeligheden, som bliver overtaget af andre personer. Disse personer gør frivilligt dette billede af virkeligheden til sit eget. Når der er tale om et billede af virkeligheden, er der ikke alene tale om forpligtelser og rettigheder, men også et ideal for god og hensigtsmæssig adfærd, som bliver overtaget. Ifølge Foucault ses der i den vestlige kultur en stærk og effektiv vilje til sandheden. Han mener desuden, at en lang række af institutioner, teknikker, ritualer og procedurer i samfundet har magten og bestemmer, hvem der kommer til orde samt bestemmer, hvordan sandheden skal defineres (Haslebo, 2011:134) I analysen vil vi benytte Foucaults magtbegreb på borgerniveau.

## 6. Analyse

I dette afsnit vil vi analysere ud fra de to kvalitative interviews, vi har afholdt med dobbeltdiagnosticerede borgere. Analysens opbygning vil tage udgangspunkt i teoriafsnittet. Gennem vores analyseafsnit vil vi inddrage relevante udsagn og udtalelser fra de kvalitative interviews med henblik på at anvende disse i en forståelse af deres erfaringer og oplevelser af det tværsektorielle samarbejde. Endvidere vil vi anvende og inddrage pilotinterviews og anden relevant empiri fra problemfeltet til at understøtte vores teoretiske forståelse af denne problemstilling. Denne analyse vil vi senere benytte til at udarbejde en konklusion ud fra vores problemformulering, samt en perspektivering og handlingsforslag.

### 6.1. Præsentation af informanter

I dette afsnit vil vi kort beskrive informanterne og deres relevans for dette projekt. Vi har valgt i nedenstående analyse at benævne informanternes som henholdsvis Ane og Iben for at sikre opretholdelsen af anonymiteten. Når der henvises til interview 1 (B1) benævnes informanten som Ane. Ligeledes når der henvises til interview 2 (B2) vil denne informant blive benævnt som Iben.

Ane er midt i tyverne og er i gang med at færdiggøre sin uddannelse som pædagog. Ane begyndte i sine teenageår at opleve psykiske symptomer og følelsesmæssige udsving, hvilket udspillede sig som henholdsvis ADHD og depression. Yderligere udviklede Ane et misbrug i sit tidlige voksenliv, som hun senere modtog behandling for. Ane har på nuværende tidspunkt været stoffri i omkring 4 år. Ane beskriver sig selv som stabil i forhold til sine psykiske diagnoser.

Iben er midt i trediverne og er uddannet socialrådgiver. Efter kort tid på arbejdsmarkedet blev hun sygemeldt med det, de på daværende tidspunkt mistænkte som værende stress. Efter grundig udredning bliver Iben diagnosticeret med henholdsvis skizoaffektiv psykose og bipolar lidelse. Under Ibens sygdomsforløb er hun indlagt i lange perioder. Iben har periodevist haft et massivt hashmisbrug siden teenageårene, hvor Iben også blev diagnosticeret med ADHD. Iben har på nuværende tidspunkt været stoffri i omkring 3 år.

## 6.2. Relationel koordinering

Efter afholdelsen af vores to interviews, har det været tydeligt for os, at informanterne har markante holdninger til samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien eller manglen på samme. Vores informanter repræsenterer dog to forskellige synsvinkler i forhold til deres oplevelse af samarbejdet, da deres forløb med henholdsvis misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien ikke er sammenlignelige.

I Anes situation har hun haft stor tilknytning til misbrugsbehandlingen, men har ikke været i lange forløb i behandlingspsykiatrien. Modsat Ane, har Iben haft stor tilknytning til behandlingspsykiatrien og har været i korte forløb i misbrugsbehandlingen. Fælles for dem begge, er deres oplevelse af manglende samarbejde sektorerne imellem.

Ane oplevede ikke at blive imødekommet, da hun henvendte sig i behandlingspsykiatrien med sine psykiske udfordringer. Dette oplevede hun tre gange og følte sig nødsaget til at opsøge en privat psykiater på egen hånd. Ane udtaler i interviewet: *“Ja men jeg tror, at uanset hvad der sker, så prøver jeg at holde mig så langt væk fra Psykiatrien som muligt. Fordi jeg simpelthen ikke har kunne få noget hjælp.”* Dette er interessant, da det fremgår i den tværsektorielle grundaftale fra 2015-2018, at opgaveløsningen angående dobbeltdiagnosticerede borgere kræver et tæt koordineret samarbejde mellem både kommune og region i forhold til indsatser (Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO, 2016:2).

For at kunne løse opgaven angående dobbeltdiagnosticerede borgere, som vi anser som en yderst

kompleks borgergruppe, ses gensidig afhængighed som et essentielt begreb. Det vil altså sige, at misbrugsbehandlingen er afhængig af, at Psykiatrien påtager sig deres del af opgaven, samtidig med at Psykiatrien også kun er i stand til at løse deres del af opgaven, hvis misbrugsbehandlingen samtidig påtager sig deres del af opgaveløsningen. De er således begge afhængige af den anden sektors kompetencer og specialisering, for at kunne arbejde helhedsorienteret med dobbeltdiagnosticerede borgere.

Iben fortæller under interviewet: *“Nu vil jeg sige – nu har jeg været i både Brønderslev og Aalborg, og jeg synes virkelig, at de gør et stort stykke arbejde, men lige når det kommer til misbrug, der halter de altså bagefter i Psykiatrien.”* Det vil altså sige, at Ibens holdning er, at Psykiatrien gør et godt stykke arbejde i forhold til de psykiske udfordringer, men ikke når det kommer til misbrugsproblematikken. Ibens forslag lyder: *“Måske man skal have decideret misbrugsbehandlere, der kommer på de forskellige afdelinger, altså.”* Dette forslag harmonerer godt med tankegangen bag relationel koordinering. Da målgruppen er kompleks og man dermed sektorerne imellem er gensidigt afhængige af hinanden, er vores fortolkning, at Iben efterspørger et øget fokus på begge problematikker i hver enkelt sektor og at de ikke blot har egen opgaveløsning for øje. Dette lægger samtidigt op til følgende udtalelse fra Ane: *“(…) så det har været meget den der med; enten er du hos Psykiatrien eller også er du hos misbrugscenteret.”* Vores fortolkning i forhold til Anes udtalelse, er at Ane oplever de to sektorer som værende opdelte i forhold til at påtage sig den fælles opgaveløsning. Dette anser vi som værende interessant, da opgaveløsningen i forhold til dobbeltdiagnosticerede borgere, ifølge den tværsektorielle grundtales kræver et tæt og koordineret samarbejde.

I den relationelle koordinering beskrives det, at begge sektorer bør udvise tillid til, at den anden part udfører deres del af opgaven, hvis opgaven skal løses. Ane fortalte i denne sammenhæng, at: *“Den anden misbrugsbehandler jeg havde, som der virkelig har fået mig sendt afsted i behandling og sådan noget, han udtrykte meget tydeligt, at han havde opgivet det der samarbejde.”* Vi forholder os til, at vi ikke er oplyste om, hvilken sammenhæng misbrugsbehandleren har udtalt dette i, men at vi til trods for dette, alligevel forholder os kritiske overfor denne udtalelse fra misbrugsbehandlerens side af. Dette på baggrund af at misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien er gensidigt afhængige af hinanden, ifølge den relationelle koordinering. Misbrugsbehandlerens manglende opbakning og tillid til Psykiatriens udførelse af deres del af opgaveløsningen kan muligvis være en hæmsko, set i forhold til den relationelle koordinering. Dette er interessant, da det ifølge den relationelle koordinering er særligt vigtigt at benytte sig af denne tilgang, hvis opgaven vurderes at være umulig at løse eller lykkes med på egen hånd. Dette lægger godt op til Ibens udtalelse: *“For når man så er kommet ud og man*

*ikke har fået misbrugsbehandlingen, så falder du lige nøjagtig tilbage i det gamle mønster.*". Vores forståelse og fortolkning af dette er, at Iben udviste et behov for øget fokus på iværksættelse af indsatser, der tilgodeså behovet for behandling af misbruget, da hun hjemvendte til egen bopæl. Yderligere fortolker vi heraf, at Iben i dette tilfælde havde et behov for, at der havde været fokus på misbruget i Psykiatrien. Ifølge Psykiatriplanen udtrykkes det, at Psykiatrien i regionen undtagelsesvis varetager både den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen i de perioder, hvor en dobbeltdiagnosticeret borger er indlagt i behandlingspsykiatrien (Psykiatrien, 2015:41) Vi bliver nysgerrige på, om dette reelt set er tilfældet for disse borgere. Ifølge Iben er det ikke noget hun har oplevet: *"(...) når man så bliver indlagt, så stopper misbrugsbehandlingen."* Vores fortolkning heraf, bliver dermed, at Iben efterspørger misbrugsbehandling under sin indlæggelse, men at dette ikke opnås til trods for Psykiatriens og misbrugsbehandlings klare opgave- og ansvarsfordeling. Dette understreges samtidigt i følgende udtalelse: *"Der er ligesom ikke helt nok, at der kun bliver set på en af mine problemer, når man skal hjælpe sådan en som mig. Der skal jo være fokus på både mit misbrug og mine psykiske problemer. Ja ehm... Altså, ellers så starter man bare forfra. Og sådan har det været rigtig meget med mig."* Ud fra vores forståelse af Ibens udtalelse, kan dette være et udtryk for, at Iben mener, at opgaveløsningen ikke kan løses eller lykkes på egen hånd blot af Psykiatrien. Ydermere, kan dette ses som Ibens behov for at misbrugsbehandlere inddrages sideløbende med den psykiatriske behandling.

Ane fortæller, at hendes misbrugsbehandlere har haft fokus på, at ville etablere et samarbejde med behandlingspsykiatrien. *"Men ham misbrugsbehandleren jeg snakkede med i misbrugscenteret var meget fokuseret på det der samarbejde. (...) Der har jeg virkelig et indtryk af, at han virkelig har kæmpet for også at få deres hjælp og få dem koblet ind over."* Ud fra Anes udtalelse bliver vores fortolkning, at de har haft svært ved at skabe kontakt til behandlingspsykiatrien og dermed ikke har fået etableret et koordineret samarbejde disse sektorer imellem. Vores forståelse er i denne sammenhæng, at misbrugsbehandleren udviser et behov for et tværsektorielt samarbejde samt et ønske om at modtage Psykiatriens hjælp og få dem involveret i Anes forløb.

Når vi går nærmere ind i den relationelle koordinering, er det endvidere særligt vigtigt at benytte sig af dette, når der er tale om opgaver, som er meget komplekse og som har en høj grad af uforudsigelighed. Den høje grad af uforudsigelighed kan medføre, at de involverede funktioner i henhold til opgaveløsningen, er nødt til at tilpasse indsatsen undervejs.

Vi har valgt at se på den valgte målgruppe, som en gruppe af borgere der i perioder udviser



uforudsigelighed. Denne uforudsigelighed kan eksempelvis vise sig ved tilbagefald til misbrug, at misbruget ændrer sig, at der er store udsving i den psykiske tilstand, at der er udfordringer med medicineringen af den psykiske lidelse, ustabil fremmøde i behandlingen eller uforudsigeligheden der opstår ved indlæggelser enten på den almene eller Psykiatriske Skadestue. Iben udtaler følgende: *“Ja, og så oplever jeg jo også, at når man så bliver indlagt, så stopper misbrugsbehandlingen så også – så skal man starte forfra, når man bliver udskrevet igen.”*. Dette viser sig for os, som Ibens udtryk for, at der var manglende koordinering og samarbejde omkring hendes behandling og forløb. Yderligere fortolker vi, at der i dette tilfælde opstår uforudsigelighed i Ibens situation i form af akutte indlæggelser. Ifølge den relationelle koordinering, er det i en sådan situation særligt vigtigt at benytte sig af denne tilgang, da det kan medføre, at de involverede fagpersoner skal tilpasse indsatsen eller behandlingen ud fra de ændringer, der opstår i den enkeltes tilværelse. Iben udtaler: *“(…) når jeg så er hjemme, så bliver der jo etableret alt muligt godt, inden jeg bliver udskrevet. Der bliver bostøtte, misbrugsbehandling. Men når jeg har det træls, eller får det træls, så lukker jeg mig inde, og stopper kontakten med alt.”* Ud fra dette tolker vi, at Iben har et behov for vedholdende fagpersoner, der på trods af manglende samarbejde fra Ibens side af, fastholder hende i den iværksatte indsats eller behandling. *“Når man udebliver fra misbrugsbehandlingen, så stopper det. Når man har aflyst tilstrækkeligt mange gange med sin bostøtte, så stopper det. Når man ikke dukker op tre gange i Distriktpsychiatrien, så bliver det afsluttet. Ehm, så det har jeg jo prøvet mange gange. Og alle har sagt til mig; bliv nu i din behandling, men det er jo det der er så svært, ik’?”* Ydermere er vores fortolkning, at Iben tidligere har haft et behov for at modtage hjælp og støtte i forbindelse med udskrivelse. Som Iben fortæller i et af de ovennævnte citater, så ophører den igangværende misbrugsbehandling for Iben, da hun bliver indlagt i Psykiatrien. Deraf udlægger vi, at uforudsigeligheden og ændringerne i Ibens situation, ikke nødvendigvis bør betyde, at den ene eller den anden behandling eller indsats ophører. Da vi i interviewet spørger ind til Ibens tilbagefald og spørger, om hun ser for lidt fokus på misbrug som grunden til sine tilbagefald, svarer hun “ja”. Ifølge dette fortolker vi, at en sammenkobling af for lidt fokus på misbruget samt ophøret af misbrugsbehandlingen i forbindelse med hendes indlæggelser, kan have været afgørende faktorer i henhold til Ibens tilbagefald.

### 6.3. Relation

Det har været særligt interessant for os gennem dette projekt at se nærmere på relationens betydning for de dobbeltdiagnosticerede borgere og samarbejdet mellem Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. Vores forforståelse er, at relation fungerer som kernen i “det gode samarbejde”. Vi har gennem pilotinterview og interview fået indblik i, hvad fagpersoner og



borgere efterspørger i forhold til behandling og her er vores fortolkning, at relationsdannelse er i højsædet. Flere gange fortæller vores informanter om nogle bestemte fagpersoner fra enten misbrugsbehandlingen eller behandlingspsykiatrien, som har haft stor betydning for dem og deres forløb. Ane fortæller: *“Den misbrugsbehandler jeg så fik efterfølgende, fik jeg jo et rigtig godt forhold til og jeg tænker også, at det var vores relation der gjorde, at jeg kom i døgnbehandling. For han kendte mig bare så godt og vidste, at det ville kunne hjælpe mig. Det gjorde også, at jeg troede mere på det. Han gik også meget op i at finde et sted, hvor den person han nu sad sammen med, ville passe ind. Så jeg kom i døgnbehandling et sted, hvor der også var andre unge mennesker, hvor man også havde mest frihed.”* Her tydeliggør Ane betydningen af relationen i forhold til hendes motivation for behandling. Yderligere finder vi det interessant at se nærmere på relationens betydning i henhold til at sikre, at den enkelte borger modtager den nødvendige og individualiserede behandling. Ud fra Anes udtalelse fortolker vi, at Anes relation til misbrugsbehandleren har været en udslagsgivende faktor i forbindelse med at finde et behandlingssted, der ville tilgodese Anes behov under behandlingen. I forbindelse med dette udtaler Iben følgende: *“Man skal individualisere behandlingen. Altså. Fordi den måde jeg skal behandles på, sådan skal Katrine – nu kender jeg ikke nogle, der hedder Katrine, men hun ville stejle fuldstændigt på det og måske mere have brug for en der sad; Ja, det er også synd for dig, ja – hvis vi prøver med det her, så klarer du den. Hvor jeg er mere sådan en hvor; NEJ! Nu får du dine sko og jakke på, og så går vi. Altså ikke alle de der dårlige undskyldninger. (...) Det er nok noget, man kun kan sige til mig, hvis jeg har et godt forhold til den person.”* Vores forståelse er, at Iben udtrykker et behov for individualiseret behandling og et behov for, at fagpersonen og Iben får muligheden for at kunne skabe en god relation. Af dette udlægger vi også, at Iben i højere grad formår at skabe forandring, når hun har en god relation til fagpersonen.

I forbindelse med relationsdannelse, udtaler Iben følgende: *“Men jeg kunne godt bruge en der havde det overordnede ansvar, hvis man kan sige det sådan.”* og *“Ergo, så har jeg brug for en der siger – en der giver mig et kærligt spark om bagsiden. I rumpetten, og siger; du kan godt – kom så!”*. Ud fra dette udlægger vi, at både Ane og Iben udviser et behov for at have én primær fagperson. Ydermere udlægger vi, at relationsdannelsen mellem Iben, Ane og relevante fagpersoner kan være en afgørende faktor i forhold til at holde motivationen oppe hos dem som dobbeltdiagnosticerede borgere.

Iben udtaler sig vedrørende, det hun har profiteret godt af i samarbejdet med hendes nuværende psykiater, og hvad han gør anderledes modsat andre fagpersoner, hun har mødt gennem hendes sygdomsforløb: *“Nej, det er både samtaler og medicin. Jeg går ved en rigtig, rigtig sød psykiater der hedder X, i Distriktspsykiatrien. (...) Og er deroppe, jeg er deroppe cirka hver fjortens, tredje uge, er jeg*





deroppe. Og så, ja, han er sådan en hygge en. Vi sidder bare og hyggesnakker, og så kommer der alt muligt frem om, hvordan det går. Det er ikke sådan udspørgende; Nå, X, hvordan har du klaret det siden sidst? Har du sovet? Får du spist? Får du. Kommer du i bad? Gør du ditten, gør du datten? Sådan er det overhovedet ikke. Det er meget... Helt naturligt. Og han, ham har jeg haft de sidste to år, og han er simpelthen den bedste psykiater jeg har haft i Distriktpsychiatrien. Selvom han sagtens kan sige; X, du spiser for meget slik, du bliver for tyk. Så siger jeg; ja, jamen du giver mig olanzapin. Så ja, ham er jeg glad for. Og det fungerer rigtig fint. Så, ehm, ja. Vi snakker ikke slet ikke misbrug mere, eller noget som helst.”. Yderligere fortæller Iben om en anden fagperson, hun har haft en god relation til, og kommer også her ind på, hvad Iben profiterede godt af i dette forløb: “Der fik jeg en der hed X og hun var bare fantastisk. Hende var jeg så glad for, og kom helt ud af misbruget, mens jeg havde hende. (...) Jamen hun kunne sætte ord på nogle følelser, som jeg ikke ville vedkende, at jeg havde. Hun kunne, hun bongede mig ikke oveni hovedet, hvis jeg var faldet i. Fordi det gjorde jeg jo, altså. Og det gjorde jeg tit. (...) hvor det er nemmere at tale om ens liv, altså jeg har også haft en rigtig hård barndom, og, alt kom vi ind over. Det var ikke bare misbrug, det var det hele. (...) Hun var, hun var bare så rart et menneske. Jeg er ked af, at jeg blev indlagt og det forløb det stoppede.”. Af Ibens ovennævnte udtalelser og Anes sidstnævnte udtalelse, udlægger vi, at de i de perioder, hvor de har haft en primær fagperson tilknyttet, som de samtidig har haft en god relation til, har formået at lave markante ændringer i deres livssituation. Yderligere nævner Iben, at misbrugsbehandleren formåede at tale om andet end misbruget, hvilket lægger godt op til Ibens udtalelse om, at se det hele menneske: “Hvis man skal, det lyder så forkert, at redde det hele menneske, men man er nødt til som socialrådgiver, som psykiater, som misbrugsbehandler, som alle der har været en del af mit liv. Man er nødt til at se på hele billedet. Det kan ikke nytte noget, at vi kun behandler det ene, for når vi så bliver udskrevet, så står vi igen med problemet. Og så starter vi forfra. Og sådan har det jo været rigtig mange gange for mig. Det er; kommer hjem, ryger hash, stopper med min medicin, for hashen den virker jo, skal vi jo huske på (griner). Når hashen så er ude af kroppen, så er man dobbelt så syg som før, og så ryger man mere hash, og man lader være med at lukke op, når sygeplejerskerne kommer med medicin, og altså, ja.” Vi fortolker ud for dette, at Iben har et behov for at blive set som det hele menneske, og ikke som det syge menneske, da hun også udtaler dette: “For jeg tænker jo, jeg er jo ikke kun min sygdom, jeg er også misbruger, jeg er også menneske. Jeg er et ungt menneske oveni købet, ik’? Jeg har trods alt taget en god uddannelse. Ehm, lad være med at kun se på den syge mig, og det synes jeg meget at man har gjort. Altså, det har været meget sådan. Ja, X, hun er syg.”.

I et af de førnævnte citater udtaler Iben, at det ikke kan nytte noget at behandle det ene, for så igen at stå med problemet, når hun er blevet udskrevet. Ifølge dette er vores forståelse, at Iben mener, at man

ikke kun kan behandle de psykiske problemstillinger, når der er tale om en person, som også har et misbrug. Ibens udtalelse angående, at man er nødt til at se på hele billedet, lægger samtidigt op til de interviewede fagpersoners udtalelser, som fremgår i vores pilotinterviews. Gennem pilotinterviewet med Rusmiddelafsnittet fortæller den interviewede, at vedkommende har en forestilling om, at det kunne være godt med en tovholder for den enkelte borger, da der er mange systemer og fagpersoner, at skulle forholde sig til. Denne forestilling er ikke noget den ansatte i Rusmiddelafsnittet er alene om. Ligeledes udtaler den ansatte i Psykiatrien, at den bedste behandling er den, hvor kun én enkelt person er ind over. Denne tankegang er samtidig noget, Ane udtaler sig om: *“Her tænker jeg virkelig, at det kunne have gjort en forskel for mig, hvis der ligesom havde været én enkelt person enten fra misbrugscenteret eller Psykiatrien, som kunne have haft sådan en form for tovholderrolle. Så den person ligesom også havde det overordnede ansvar og så kunne man jo.. ja så kunne man jo få en god relation med den her ene person, som jeg oplevede med mine misbrugsbehandlere.”* Herudaf fortolker vi, at både fagpersoner og vore informanter efterspørger en solid og tæt relation til én enkelt behandler enten fra misbrugsbehandlingen eller Psykiatrien. Vores forståelse er, at disse personer anser en solid relation, med en form for tovholderrolle som gavnlig og at denne tætte relation kan have en stor betydning i forhold til den dobbeltdiagnosticerede borgers forudsætninger for at ændre på egen livssituation.

## **6.4. Anerkendelsesteori**

### **6.4.1. Delindledning**

Vi vil i dette afsnit belyse mulighederne og begrænsningerne i forhold til at opnå eller ikke at opnå anerkendelse inden for de tre anerkendelsesformer. Vi har valgt at inddele det kommende afsnit i tre dele - den private sfære, den retslige sfære og den solidariske sfære.

### **6.4.2. Den private sfære**

Før vi går i gang med dette afsnit, vil vi synliggøre, at vi er opmærksomme på, at vi anser vores informanter som privilegerede i henhold til deres netværk. Dette kommer til udtryk gennem vores interviews, hvor Iben udtaler: *“(...) der har jeg en kanongod familie, der bare støtter mig, og er der og har været det, altid.”*. Yderligere udtaler Ane følgende: *“(...) snakkede stadigvæk med mine forældre, men jo slet ikke i samme stil. Og jeg havde altid været ekstremt tæt med dem og især tæt på min mor, jo også fordi jeg tænker, jeg har haft det svært og de har altid gjort alt, hvad de kunne for mig.”*. Dette er dog ikke noget, som vi ser som en generaliserende forståelse af dobbeltdiagnosticerede borgere, da forskning viser, at borgere med psykisk lidelse har en større risiko for at have svage og svigtende

netværk (Socialstyrelsen, 2019). Denne forståelse giver Ane også udtryk for: *“Der kan man jo også sige, at jeg kommer jo også fra en familie, hvor det hele bare er i gåseøjne ganske normalt (laver anførelstegn med fingrene). Egentlig lidt kedeligt, hvor man går på arbejde og ingen er på kontanthjælp, hvilket jo modstrider lidt med det man ellers tænker om misbrugeres baggrund.”* Derfor anser vi vores informanter som enkeltstående tilfælde i forhold til netværk, hvilket vi har valgt at analysere ud fra.

Det er under den private sfære, at den basale selvtillid skabes og her man lærer at håndtere at være i sit eget selskab. Dette udruster også personen til at være i stand til at kommunikere og handle i et fællesskab. Honneth mener ydermere, at den private sfære er den mest fundamentale for alle personer. Med baggrund i den viden der findes i den anerkendende teori sammenholdt med interviewene, formoder vi, at både Ane og Iben har haft gode forudsætninger, for at kunne realisere et selvsikkert selvbillede, da de begge udtaler, at de har haft et godt netværk.

Vores forståelse og fortolkning ud fra interviewene er, at Ane og Iben primært gennem deres familiære relationer har opnået anerkendelse, da dette behov dækkes gennem tilstedeværelsen og eksistensen af en anden person. De har givet os forståelsen af, at det primært er gennem mor-barn relationen, de har opnået anerkendelse i den private sfære. Iben nævner sin mor flere gange gennem interviewet og udtaler blandt andet dette: *“jeg har verdens bedste mor.”* Ud fra dette og flere andre udtalelser angående Ibens mor, udlægger vi, at de har en god og tæt mor-barn relation. Ud fra Ane og Ibens udtalelser i ovenstående afsnit angående deres gode og tætte mor-barn relation, bliver vores forståelse, at de er blevet anerkendt af deres mødre og nærtstående familie gennem deres sygdomsforløb samt gennem de udfordringer, de har gennemgået i forbindelse med deres periode som dobbeltdiagnosticerede. Ved at deres familier og primært deres mødre har støttet dem gennem disse perioder, er vores fortolkning, at de fortsat har oplevet at blive anerkendt.

Da Iben fortsat oplever større udfordringer i henhold til sine psykiske lidelser, modsat Ane, fortolker vi ud fra dette, at Ane i højere grad er i stand til, at kunne stole på sig selv i forhold til sine psykiske udfordringer og tidligere misbrug. Dette på baggrund af Anes udtalelser om relationen til sin privatpraktiserende psykiater: *“Men altså nu har jeg ikke haft brug for det i noget tid og efterhånden så kender jeg også mig selv så godt, at jeg ved, hvornår jeg skal ringe til ham.”* Ane udtaler yderligere: *“Jeg ved hvornår, jeg har brug for at slappe lidt af.”* Vores fortolkning af disse udtalelser er, at Ane har udviklet selvtillid, som hun på nuværende tidspunkt kan drage nytte af. Hun har ydermere lært at

håndtere at være i sit eget selskab. Dette er noget, vi formoder, at Ane er i stand til grundet sin grundlæggende anerkendelse, som hun har opnået gennem sine tætte familiære relationer. Ifølge Honneth, opnås anerkendelse gennem respekt og kærlighed fra den enkeltes grundlæggende relationer, hvilket vi vil argumentere for, læner sig op af vores forståelse af Anes livssituation.

Ifølge Honneth kan nogle personer opleve en følelse af anerkendelse i den private sfære, hvis de har dannet en tillidsfuld, tæt og venskabelig relation med en fagperson. Dog er det vigtigt at have for øje, at denne form for relation skal være professionel. Det betyder samtidig, at det ikke nødvendigvis behøver at være de nære relationer som familie, venner, ægtefæller osv. der kan anerkende den enkelte borger inden for denne sfære. Ane giver udtryk for at hun har haft en tæt relation til sin misbrugsbehandler: *“For han kendte mig bare så godt og vidste at det ville kunne hjælpe mig. Det gjorde også, at jeg troede mere på det.”* Dette er også noget Iben udtaler om sin tidligere misbrugsbehandler: *“(...) var bare fantastisk. Hende var jeg så glad for, og kom helt ud af misbruget, mens jeg havde hende.”* Disse tætte relationer med fagpersoner kan være med til at, Ane og Iben opnår anerkendelse og dermed også selvtillid i den private sfære.

#### 6.4.3. Den retslige sfære

Ifølge Honneths anerkendelsesteori fortolker vi, at hverken Ane eller Iben oplever at blive anerkendt i den retslige sfære, hvilket vi vil give eksempler på i følgende afsnit. Ane fortæller, at hun i flere år føler, at hun ikke får snakket med nogle i Psykiatrien, til trods for selvmordsforsøg og flere henvendelser til Psykiatrien. Ane udtaler i forbindelse med sit andet selvmordsforsøg: *“(...) sådan set skete det samme – ikke fik snakket med nogen derefter.”* Hun fortæller dog, at hun taler med nogle i forbindelse med sin indlæggelse og sin udskrivelse, men ikke efterfølgende i forbindelse med hjemkomsten. Ane oplevede dette i forbindelse med udskrivelsen efter sit andet selvmordsforsøg: *“Den dag jeg skulle udskrives, der snakkede jeg så med en psykolog, der var tilknyttet sygehuset, eller nej, det var vidst en psykiater, der var tilknyttet sygehuset. Han gjorde egentlig sådan bare lidt nar af det. Han var sådan meget, jamen som jeg sagde til min mor; hold kæft en klovn. Altså det kunne han slet ikke finde ud af overhovedet.”* Ane fortæller op til flere gange gennem interviewet, at hun holder sig så langt væk fra Psykiatrien som muligt. Dette begrundes med: *“Fordi jeg simpelthen ikke har kunne få noget hjælp og jeg føler aldrig nogensinde, at de tog mig seriøst. Men jeg tror simpelthen, det handlede om, at de ikke havde tid til mig. Jeg var ligesom ikke syg nok.”* Vores udlægning i henhold til denne udtalelse er, at Ane beskriver tidspresset og manglende ressourcer i Psykiatrien som grunden til, at hun ikke fik den hjælp, som hun beskriver, hun havde brug for på daværende tidspunkt. Vores forståelse er, at Ane oplevede en form



for krænkelse i den retslige sfære, hvilket opstod efter henvendelsen hos Psykiatrien, hvoraf vores fortolkning bliver, at hun følte, at hendes rettigheder blev ignoreret og afvist, idet hun efterfølgende ikke modtog den fornødne hjælp, som hun selv efterspurgte.

Den krænkelse, vi formoder, Ane oplever i den retslige sfære, da hun ikke føler, hun bliver taget seriøst og at de ikke har tid til hende i Psykiatrien, kan betyde, at Anes selvrespekt bliver ødelagt eller skadet ifølge Honneth. Dette kan ske, hvis Ane ikke opnår følelsen af at blive anerkendt som ligeværdigt medlem af samfundet og dermed opstår risikoen for, at hun får frataget sig muligheden for efterfølgende igen at kunne agere som et uafhængigt og selvstændigt individ.

Ifølge Honneth er man ikke nødvendigvis bevidst om, at man bliver krænkede i den retslige sfære, hvis man ikke er bekendt med sine rettigheder og muligheder inden for behandling og indsatser. Iben udtaler i interviewet *“Ja. Altså, nu er jeg jo en af de heldige, fordi jeg har en uddannelse som socialrådgiver. Så jeg ved godt, hvad jeg har ret til og hvad jeg har krav på, og hvor jeg skal henvende mig, men det er jo ikke alle, der har det. Jeg har virkelig oplevet mange, der har gjort mig opmærksom på, at de ikke har vidst ret meget om, hvad de har haft ret til og krav på. Så jeg har oplevet flere gange, at jeg har kunne oplyse nogle af dem, som jeg har mødt, imens jeg har været indlagt, som også har haft et misbrug, om hvilke ehm... ja, hvilke rettigheder de har, som de ikke selv har vidst noget om.”*. Ud fra denne udtalelse bliver vores forståelse, at Iben oplever, at flere af de dobbeltdiagnosticerede, hun har mødt, ikke er blevet tilstrækkeligt oplyste om deres rettigheder. Disse rettigheder forstår vi, som de krav dobbeltdiagnosticerede borgere har i forbindelse med modtagelse af behandling og indsatser. Dette lægger samtidigt op til Honneths teori om, at den målgruppe, der ikke er oplyste om deres rettigheder, kan opleve retslig krænkelse, som kan medføre en oplevelse af ikke at føle sig ligeværdige med den øvrige befolkning.

Ifølge retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner må den regionale behandlingspsykiatri ikke afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at borgeren har et stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2014:4). I dette projekt vil vi definere dette som et krav og en rettighed for dobbeltdiagnosticerede borgere, der skal være med til at sikre behandlingen af begge problematikker. Da vi i interviewet spørger Ane, hvordan hun oplevede at blive taget imod i Psykiatrien, udtaler hun følgende: *“Jeg føler virkelig ikke, at jeg er blevet taget imod i Psykiatrien. Tværtimod. Jeg har virkelig følt mig afvist. De gav tydeligt udtryk for, at hvis jeg var misbruger, så var det ikke der, jeg hørte til. Så var det på misbrugscenteret. Fra deres side, der oplevede jeg virkelig at jeg skulle holde mig til misbrugscenteret og så kunne jeg komme*



*tilbage, når jeg var blevet clean, så kunne det være, at de kunne hjælpe mig. Det kræver jo så meget, at bede om hjælp og så synes jeg, det er skrækkeligt, at man bliver mødt på den måde, når man endelig har taget sig sammen. Jeg forstår ikke, at det skal være på den måde. Altså jeg ved jo godt, at hele sundhedssystemet er presset, men...".* Vores forståelse af denne udtalelse er, at Ane bliver afvist i Psykiatrien med den begrundelse, at hun er misbruger, hvoraf vores fortolkning bliver, at dette kan have skadet Anes motivation i forhold til at søge hjælp for sine psykiske udfordringer. Vi finder det interessant, at Ane bliver afvist i Psykiatrien, til trods for Psykiatriens retningslinjer der beskriver, at de ikke må afvise grundet borgerens misbrug. Yderligere er vores fortolkning, at Ane dermed ikke får indfriet sine rettigheder og krav som dobbeltdiagnosticeret og dermed ifølge Honneth, kan blive krænket i den retslige sfære. Denne krænkelse i den retslige sfære kan ifølge Honneth betyde for Ane, at hun ikke opnår anerkendelse som et selvstyrende og handlende individ.

I henhold til Satspuljeaftalen på psykiatriområdet fra 2014-2017 er der afsat midler til, at kommuner og regioner udarbejder og tilbyder koordinerende indsatsplaner, som bliver udarbejdet individuelt til dobbeltdiagnosticerede borgere. Denne indsatsplan skal være med til at understøtte det tværsektorielle samarbejde og give borgerne gode forudsætninger for behandling for deres psykiske lidelse og samtidige misbrug (Sundhedsstyrelsen, 2014:4). Dette tilbud vil vi definere som en formel rettighed for dobbeltdiagnosticerede borgere. Da vi spurgte Ane, om hun på et tidspunkt i sit møde med enten misbrugsbehandlingen eller behandlingspsykiatrien har fået tilbudt at få udarbejdet en tværsektoriel plan og derefter direkte, om hun har fået tilbudt en koordinerende indsatsplan, svarede hun: *"Nej det har jeg aldrig hørt før. Jeg ved ikke engang, hvad det er."* Iben udtaler: *"Jeg har ikke fået udarbejdet en koordinerende indsatsplan"*, men qua hendes uddannelse som socialrådgiver, havde hun forståelsen af en sådan plan. Ifølge Honneth ses der ingen nytte i, at der findes formelle og juridiske rettigheder, hvis de ikke udøves. Hvis dette ses i forhold til de dobbeltdiagnosticerede borgere, vil der være risiko for, at de ikke oplever en reel anerkendelse af deres ret og værd i samfundet. Ud fra tidligere udtalelser angående koordinerende indsatsplaner sammenholdt med Honneths teori, vil vi heraf fortolke, at hverken Ane eller Iben drager nytte af de formelle rettigheder i forhold til at blive tilbudt en koordinerende indsatsplan. Ifølge Honneths teori kan dette betyde, at Ane og Iben kan opnå en følelse af krænkelse i den retslige sfære. Krænkelse i den retslige sfære kan medføre, at Ane og Iben ikke har forudsætningerne for at opnå selvrespekt og selvagtelse som ligeværdige medlemmer af samfundet.

Gennem vores interviews med Ane og Iben er vores forståelse, at de efterspørger mere samarbejde

mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien. Ane udtaler blandt andet: *“Så mit største ønske det er, at der kunne komme et bedre samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og Psykiatrien.”* Da snakken falder på samarbejdet i interviewet med Iben, udtaler hun: *“Det spiller en stor rolle”*. Vi fortolker ud fra disse udtalelser, at de begge lægger stor betydning i samarbejdet i forhold til at modtage den fornødne behandling og at et styrket tværsektorielt samarbejde ville være behjælpelig i deres situation. I henhold til den værdi de begge tillægger det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med den fornødne hjælp og behandling, formoder vi, at Ane og Iben kunne have bedre forudsætninger for at opnå de rettigheder og krav, der er for denne målgruppe.

#### 6.4.4. Den solidariske sfære

Ifølge Honneth er det under den solidariske sfære, at selvværdsættelsen skabes, idet mennesket anerkendes som en del af samfundet og fællesskabet. Det er også her, at mennesket anerkendes som et unikt og ekstraordinært individ. Som fagperson er det essentielt at arbejde hen mod en inklusion af dobbeltdiagnosticerede borgere, både i forhold til fællesskaber, men i særdeleshed også i samfundet generelt. Denne inklusion kan være med til at sikre, at disse borgere ikke bliver udelukket fra fællesskabet eller samfundet. Når de oplever en følelse af inklusion i det respektive fællesskab, vil borgeren opnå anerkendelse inden for den solidariske sfære og samtidigt opnå en følelse af selvværdsættelse. I interviewet er dette også noget, Iben udtaler sig om: *“Nogle gange så følte jeg mig bare totalt udenfor i det her samfund og havde det næsten som om, at folk kunne se på mig, at jeg både var psykisk syg og var misbruger. Det gav mig konstant sådan en øvfølelse. Jeg følte kun, at det var min familie, der tog mig, for den jeg var og ja, jeg følte seriøst ikke, at der var nogen, der overhovedet satte pris på, om jeg var her eller ej. Som om jeg var en eller anden byrde.”* Grundet Ibens oplevelser er vores fortolkning, at Iben ikke har følt sig anerkendt i den solidariske sfære i mange situationer, da hun ofte har haft følelsen af, at hun er blevet set som den syge og ikke som det menneske, der også rummer en række kvalitetsfulde egenskaber og som et unikt menneske. Deraf udlægger vi, at Iben opnår en form for krænkelser i den solidariske sfære, da hun heri ikke opnår anerkendelse: *“For jeg tænker jo, jeg er jo ikke kun min sygdom, jeg er også misbruger, jeg er også menneske. Jeg er et ungt menneske oveni købet, ik’? Jeg har trods alt taget en god uddannelse. Ehm, lad være med at kun se på den syge mig, og det synes jeg meget, at man har gjort. Altså, det har været meget sådan”*. Krænkelser inden for den solidariske sfære kan for den enkelte betyde, at der ikke opnås selvværdsættelse og en følelse af ikke at indgå i det solidariske fællesskab. Denne krænkelser kan desuden betyde, at man ikke opnår følelsen af at være ekstraordinær og unik, samt skade den enkeltes følelse af at være værdsat og påskønnet socialt.

Ud fra Honneths teori udlægger vi, at fagpersonernes manglende handling i forhold til Ane og Ibens situation, kan ses som værende problematisk for deres udvikling samt opnåelse af anerkendelse.

Ud fra Honneths teori har vi valgt at se på de fagpersoner, der arbejder med dobbeltdiagnosticerede borgere, som repræsentanter for fællesskabet og samfundet i den solidariske sfære, som Honneths teori udtrykker, er væsentlige i denne sfære. Det er derfor disse fagpersoner, der er ansvarlige for at hjælpe borgerne med at danne nogle hensigtsmæssige sociale rammer, som vil fungere og efterleves efter endt behandling. Iben udtaler: *“Jeg siger ikke, at Psykiatrisk afdeling skal sørge for, at jeg får nye venner. Det er slet ikke det. Men man skal også bare tage in mente, at jeg kommer hjem til mit gamle liv. Det er jo bare, at man bliver indlagt og så går ens gamle liv i stå, så bliver man behandlet, og når man så er stabil, så bliver man udskrevet til det samme.”* Vores forståelse heraf er, at Iben udtrykker et behov for, at der under behandlingen også var fokus på, at give Iben nogle muligheder i forhold til at opsøge og skabe nye bekendtskaber, således hun ikke hjemvendte til det vante miljø, hvor der kan opstå en større risiko for et tilbagefald til misbruget.

Såfremt den enkelte dobbeltdiagnosticerede ikke selv er i stand til eller modtager den fornødne hjælp til at skabe konstruktive sociale rammer, kan vi formode, at dette kan have betydning for deres muligheder og chancer for at udvikle sig. Yderligere formoder vi, at dette kan medføre en følelse af ikke at være værdsat og påskønnet i det solidariske fællesskab, da man ikke opnår anerkendelse i helheden som et enkeltstående individ, der indgår som en del af et fællesskab, en gruppe eller samfundet.

Ane udtaler: *“(...) Jeg kan jo godt forstå, at hvis jeg sad som psykiater og skulle vælge mellem ham, der kravler på væggen og var fuldstændig ude at skide eller mig, som stadigvæk var ung, der havde nogle gode forældre, stadig gik i skole og havde god kontakt til misbrugscenteret, så ved jeg da godt, hvor jeg ville lægge min tid henne. Men det er jo så forkert, for det ville måske have bremset mig noget før og måske var jeg slet ikke nået så langt ud. Det er ikke altid en fordel at have en ressourcestærk familie. De troede jo, at det var noget, vi havde ressourcer til selv at klare.”* Heraf fortolker vi, at Ane så et behov for, at Psykiatrien havde investeret mere tid og flere ressourcer, som Ane udtrykker var nødvendigt.

Dette på trods af at hun på daværende tidspunkt også havde en god kontakt med misbrugsbehandlingen. Yderligere mener vi, at Ane tydeligt pointerer, at en sideløbende behandling hos Psykiatrien, kunne have været udslagsgivende for Ane, da hun mener at det kunne have bremset hende og at hun dermed ikke var kommet så langt ud i sit misbrug. Vores fortolkning er endvidere, at Ane anser dette som en måde, hvorpå Psykiatrien kunne deltage i hendes behandlingsforløb og på denne måde skabe et koordineret tværsektorielt samarbejde. Honneth udtrykker, at der under den solidariske sfære er mulighed for selvrealisering, hvilket vi fortolker, at Ane udviser et ønske om i



forbindelse med modtagelse af behandling for sit misbrug og psykiske tilstand. Vores forståelse ud fra Anes udtalelser er, at hun på tidspunktet hvor hun opsøger behandling i Psykiatrien, har et ønske om at ændre på sin tilværelse, da hun formodentlig har været i en selvrealiseringsproces, hvor hun har erkendt et behov for at komme ud af sit misbrug og forbedre sin psykiske tilstand. Yderligere udtaler Ane, at hun anser det som vigtigt, at denne gruppe af borgere gribes, når motivationen er der for at modtage behandling og ændre sin tilværelse. Dette udlægger vi blandt andet ud fra følgende udtalelser: *“Der skal næsten stå sådan et hold klar til, når man er klar til at tage imod hjælpen. Man skal gribes, når man er motiveret.”* samt *“Den der med; så må du lige vente 3 uger, det fungerer godt nok ikke. For så kommer man ikke. Så tiden er virkelig, virkelig vigtig.”*

Iben udtaler: *“Ja, og så oplever jeg jo også, at når man så bliver indlagt, så stopper misbrugsbehandlingen så også – så skal man starte forfra, når man bliver udskrevet igen. Det er jo seriøst ikke særlig godt for motivationen. Når man endelig får taget sig sammen til at søge hjælp, så kan man åbenbart kun få hjælp til en af delene ad gangen. Ja altså ehm.. Enten så får du misbrugsbehandling, eller også får du behandling i Psykiatrien.”* Vi udlægger af dette, at Iben mener, at motivationen har en stor betydning for at kunne skabe forandring i forhold til at ændre på sin tilværelse. Yderligere udlægger vi også af dette, at Iben mener, at behandlingerne er opdelt og at det dermed ikke har været muligt at modtage hjælp til begge problemstillinger på samme tid. Vores forståelse er dermed, at Iben beskriver et behov for og et ønske om koordinering mellem Psykiatrien og misbrugsbehandlingen, hvilket vil højne hendes motivation for behandling. Ydermere ser vi Ibens ønske som værende, at misbrugsbehandlingen ikke bør stoppes i forbindelse med indlæggelser. Ifølge anerkendelsesteorien samt Anes og Ibens udtalelser, vil vores fortolkning være, at Ibens ønske og motivation for et styrket og koordineret samarbejde, kan være medvirkende til at give dem en følelse af anerkendelse og selvværdsættelse, og at de derfor ikke bliver krænket i den solidariske sfære. Vores forforståelse er, at motivation spiller en væsentlig rolle i forhold til at føle sig inkluderet i samfundet. Vi formoder, at når den enkelte er motiveret for at modtage behandling, er det samtidigt et ønske om at ændre egen tilværelse og position i samfundet, hvilket vi også oplever i forbindelse med vores interviews med Ane og Iben.

## 6.5. Foucaults magtbegreb

Når vi ser nærmere på Foucaults tanker og ideologi om magt, bliver vi nysgerrige på magtens betydning i forhold til producering af viden i relationen mellem borger og fagperson, samt magtens betydning i henhold til behandling af den dobbeltdiagnosticerede borger.



Vores fortolkning er, at magten indtræder, når en fagperson har opnået og produceret en viden, som påvirker den enkelte borger. Ane udtaler blandt andet: *“Jeg oplevede ikke noget samarbejde mellem dem. Så har det i hvert fald ikke været noget, som jeg har registreret. (...) han udtrykte meget tydeligt, at han havde opgivet det der samarbejde. (...) Som han sagde, så var mange af journalerne ikke særligt fyldestgørende og tingene var heller ikke anført ordentligt, hvorfor jeg egentlig var der.”*. Vores forståelse af denne udtalelse er, at Anes misbrugsbehandler beskriver overfor Ane, at han har opgivet samarbejdet med Psykiatrien. Ifølge denne forståelse udlægger vi, at misbrugsbehandleren kan have indflydelse på Anes holdning til Psykiatrien og hvorfor hun udtaler dette: *“Ja men jeg tror, at uanset hvad der sker, så prøver jeg at holde mig så langt væk fra Psykiatrien som muligt.”*. Ifølge Foucault ses magten i forhold til den viden en retorisk stærk person besidder. Denne person kan have en signifikant betydning i forhold til den enkelte borgers forståelse af den konkrete viden. Yderligere kan magten opstå, når den retorisk stærke person yderligere sidder i en veluddannet position og dermed er hierarkisk højere placeret i samfundet og organisationen. Dette kan også medføre, at borgeren har tillid til, at fagpersonens udtalelser og holdninger er sandheden og borgeren kan dermed i højere grad blive påvirket af, og samtidigt også påtage sig, disse holdninger. Vi bliver i denne forbindelse nysgerrige på, om Anes modstand mod Psykiatrien kan være opstået i forbindelse med misbrugsbehandlerens udtalelser vedrørende Psykiatrien og samarbejdet herimellem.

Ifølge Foucaults magtbegreb sammenholdt med dette eksempel i forhold til Anes udtalelser, er vores fortolkning, at hun i relationen til misbrugsbehandleren bliver påvirket i forhold til sin holdning angående det tværsektorielle samarbejde. Misbrugsbehandleren har en viden som fagprofessionel og dermed også magten til at kunne overdrage denne viden til Ane, som kan benyttes til egen selvforståelse og vurdering.

Ifølge Foucault skal magt ikke blot forstås som negativ magt, hvor der er tale om undertrykkelse og tvang, men også som en positiv magt som kan være mulighedsskabende og produktiv. Iben udtaler dette, med udgangspunkt i individualiseret behandling som samtaleemne: *“Ergo, så har jeg brug for en, der siger – en der giver mig et kærligt spark om bagsiden, og siger; du kan godt – kom så!”*. Af dette udlægger vi, at Iben har et behov for en fagperson, der kan påtage sig rollen at sikre, at motivationen opretholdes og sikre at behandlingen følges. Denne fagperson kan dermed ses som en form for magtudøver. Fagpersonen skal benytte magten produktivt, for at kunne fastholde Iben i behandling og indsatser med henblik på at ændre hendes tilværelse som dobbeltdiagnosticeret. Ydermere vil denne fagperson kunne udøve den positive og produktive magt i arbejdet med Iben,



hvilket vi formoder, ville kunne virke muligheds- og forandringskabende for Ibens tilværelse.

Under interviewet nævner vi Ambulatoriet for Rusmiddelpsykiatri, hvor vi i denne forbindelse nævner, at de påtager sig behandlingen for personer diagnosticeret med bipolar lidelse, borderline og skizofreni. I denne forbindelse udtaler Iben: *“Men de tre diagnoser du nævner, det er helt klart de, der får flest ressourcer.”*. Hun nævner desuden: *“Altså, hvorimod skizofreni og bipolar, som jeg jo også er, ik’? De får rigtig, rigtig, rigtig mange af ressourcerne. Det er i hvert fald sådan jeg oplever det, at vi har fået rigtig mange af ressourcerne, hvorimod af personlighedsforstyrrelserne og sådan noget, de får ikke på samme måde. Og det er da sørgeligt.”* Ifølge disse udtalelser fortolker vi, at Iben oplever den psykiatriske behandling og vilkårene deri som opdelt i forhold til, hvilken diagnose man har, samt at ressourcerne bliver forfordelt de personer med en psykisk lidelse, der kan medicineres. Når vi ser nærmere på disse udtalelser sammenholdt med Foucaults magtbegreb, formoder vi, at der kan opstå en usynlig magt og ulighed, idet diagnosen bliver anset som afgørende i forhold til, hvilken behandling du kan modtage. I henhold til vores pilotinterview med en ansat i Psykiatrien, spiller omfanget af misbruget og diagnose en væsentlig rolle, når de personer, som henvender sig i Psykiatrien, skal visiteres til en af de andre ambulatorier i regionspsykiatrien. Den ansatte i Psykiatrien udtaler endvidere, at det kun er i Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri, at den integrerede behandling af både misbrug og den psykiske lidelse varetages. Vores fortolkning heraf er, at Psykiatrien i denne forbindelse kan besidde en væsentlig og usynlig magt, der kan være afgørende for, hvilken behandling den dobbeltdiagnosticerede borger kan modtage.

## 7. Konklusion

Konklusionen vil fremlægge de resultater, vi er blevet bekendt med gennem udarbejdelsen af analysen, som skal besvare vores problemformulering:

*Hvilken betydning har det for de dobbeltdiagnosticerede borgere, når sektorerne ikke lever op til de indgåede aftaler og hvordan kan man forbedre vilkårene og forudsætningerne for behandlingen af disse borgere?*

Ved at danne en samlet vurdering af analysen, kan vi konkludere, at det mest iøjefaldende, er mangel på samarbejde mellem Rusmiddelafsnittet i Aalborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. Dette tværsektorielle samarbejde er samtidigt noget, der bliver efterspurgt af vores informanter og fra fagpersoner i Rusmiddelafsnittet. Det fremhæves, at begge informanter føler, at de kunne have haft gavn af et styrket samarbejde mellem sektorerne. Gennem udtalelser fra vores informanter sammenholdt med teorierne angående relationel koordinering, konkluderer vi, at det der



kræves for at "løse opgaven" vedrørende dobbeltdiagnosticerede borgere, ikke imødekommes eller håndhæves i praksis.

På nuværende tidspunkt er behandlingen og indsatserne opdelt i de to sektorer. Disse sektorer har et ønske om at forbedre samarbejdet, men har endnu ikke formået at benytte sig af den tilgængelige viden og kompetencer, til at kunne varetage opgaveløsningen med et samarbejde på tværs af sektorerne. Vores konklusion er dermed, at der er for lidt fokus på misbrugsbehandling i Psykiatrien og for lidt fokus på psykiatrisk behandling i misbrugsbehandlingen. Dette mener vi, kan have betydningsfulde konsekvenser for de dobbeltdiagnosticerede borgere, der på nuværende tidspunkt er nødsaget til selv at navigere rundt mellem systemer og sektorer. Vi konkluderer endvidere, at disse borgere får forringet deres forudsætninger for at modtage den krævede indsats, støtte og behandling, grundet sektorernes markante opdeling. Betydningen for disse borgere kan ydermere komme til udtryk ved, at de får betydeligt sværere ved at blive stoffri, søge hjælp til deres psykiske udfordringer samt ændre på tilværelsen som dobbeltdiagnosticeret.

Yderligere konkluderer vi, at det vil være gavnligt for de dobbeltdiagnosticerede borgere, hvis der etableres et øget fokus på såvel misbrug som psykiatri i både misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien. Dette kan være med til at sikre, at den enkelte sektor ikke blot har egen del af opgaveløsningen for øje. Gennem vores analyse er det desuden blevet tydeliggjort, at begge sektorer hver især gør et godt stykke arbejde indenfor deres fagområde, viden, specialisering og kompetencer under indlæggelser i Psykiatrien samt i behandlingsforløb i misbrugsbehandlingen. Konklusionen er derfor, at det problematiske opstår, når borgere efterspørger hjælp, støtte og behandling for begge problematikker samtidigt. Det kan konkluderes, at der kan opstå udfordringer i Psykiatrien ved henvendelse i den Psykiatriske Akutmodtagelse, såfremt psykiateren vurderer, at den pågældendes sindstilstand ikke er alvorlig eller svær nok til at indgå i et videre forløb i behandlingspsykiatrien. Denne udfordring opstår, når psykiaterens vurdering af sindstilstanden ikke harmonerer med borgerens vurdering af egen sindstilstand. Ydermere anser vi det som problematisk, når dobbeltdiagnosticerede borgere ikke modtager den hjælp og behandling, som de selv udtrykker, at de har behov for. Resultatet af disse sektorielle udfordringer kan være, at misbruget og den psykiske tilstand forværres.

Ydermere ser vi det som essentielt, at disse sektorer udviser tillid til hinandens kompetencer og har tiltro til, at den anden sektor løser deres del af opgaven, for at kunne sikre, at den dobbeltdiagnosticerede borger modtager den fornødne hjælp i form af et tæt og koordineret tværsektorielt samarbejde. Vi konkluderer, at det er umuligt at løse opgaven vedrørende



dobbeltdiagnosticerede borgere ved blot at behandle gennem en af sektorerne, hvor der således kun er fokus på én af udfordringerne. Dette er samtidig noget, der bakkes op om gennem retningslinjerne for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Her beskrives det, at opgaveløsningen omkring dobbeltdiagnosticerede borgere kræver et tæt og koordineret tværsektorielt samarbejde. Ved etablering af et koordineret tværsektorielt samarbejde, konkluderer vi, at det vil give bedre forudsætninger for den enkelte borgers behandling samt forbedre borgernes mulighed for at skabe forandring i tilværelsen. På denne måde kan det desuden være medvirkende til at forebygge tilbagefald til misbruget og længerevarende indlæggelser i Psykiatrien.

Vi konkluderer, at relationen mellem borger og fagperson er essentiel for at kunne skabe forandringer i den dobbeltdiagnosticeredes tilværelse. Dette på baggrund i vores forståelse af informanternes udtalelser om at de har fået skabt de største forandringer i deres tilværelse, i de perioder hvor de har haft en fagperson tilknyttet, som de har etableret en god og tæt relation til. Ydermere er det den tætte relation, der medvirker til at tilgodese den enkeltes behov og ønsker og dermed sikre, at den enkelte dobbeltdiagnosticerede borger modtager et individualiseret og særligt tilrettelagt behandlingsforløb. Vi kan yderligere konkludere, at den tætte relation kan medvirke til at skabe motivation hos borgeren. Samtidig vil vi argumentere for, at de dobbeltdiagnosticerede borgere har bedre forudsætninger for at kunne ændre på deres tilværelse, hvis de gribes når motivationen er til stede. Yderligere kan vi konkludere, at borgerne har behov for og profiterer godt af, at fagpersonen formår at tale om andet end psykiske udfordringer eller misbrug, alt efter hvilket behandlingsforløb og sektor der er tale om. Vi kan konkludere, at der efterspørges en helhedsorienteret, koordineret og tværsektoriel indsats og behandling med fokus på den enkeltes behov og med øje for det hele menneske.

Ydermere kan vi konkludere, at man som fagperson med fordel kan udøve den positive magt i arbejdet med den dobbeltdiagnosticerede. Her bør fagpersonen have fokus på produktion af egen viden i henhold til, hvad de formidler til borgeren. På denne måde kan der blive skabt en god relation, hvor tillid og respekt opstår mellem borgeren og fagpersonen. Dette kan virke muligheds- og forandringskabende for den dobbeltdiagnosticerede borger.

Vi kan konkludere, at der er bred enighed om, at en tovholder kan være gavnlige for den dobbeltdiagnosticerede i forhold til at bære den koordinerende rolle. Ønsket om en tovholder for de dobbeltdiagnosticerede borgere, forestiller vi os, skal være med til at sikre, at der er én relevant fagperson, der påtager sig det overordnede ansvar i henhold til at sikre borgerens rettigheder og krav. Denne tovholder, som vi også kan kalde en koordinerende behandler, får dermed muligheden for at



danne en tæt og solid relation til borgeren. Dette kan samtidigt være med til at sikre, at den enkelte borger modtager den fornødne behandling nøjagtig ud fra individuelle behov.

Vi kan konkludere ud fra retningslinjerne for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, at den dobbeltdiagnosticerede har mulighed for at få udarbejdet en koordinerende indsatsplan, men at det sjældent sker. Denne indsatsplans formål er at udarbejde en samlet og koordineret plan for den dobbeltdiagnosticeredes fremtidige behandlingsforløb, hvor der er fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem kommunen og regionen. Det tætte samarbejde og en tæt koordinering kræves der ifølge den tværsektorielle grundaftale, for at kunne hjælpe disse borgere. Vi konkluderer heraf, at denne koordinerende indsatsplan anses som nødvendig og udslagsgivende i forhold til at sikre at alle borgere inden for denne målgruppe, modtager behandling for begge problematikker. På denne måde får man skabt bedre forudsætninger for, at den enkelte borger opnår forandring.

Gennem analysen fremstod det for os, at vores informanter blev krænket i den retslige sfære, idet deres formelle rettigheder og krav ikke blev efterlevet. Vi forestiller os, at en sikring af udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner for alle dobbeltdiagnosticerede borgere, kan medvirke til, at denne målgruppe ikke længere bliver krænket inden for denne sfære og dermed opnår anerkendelse, selvrespekt og en følelse af ligeværdighed i samfundet. Ved at hjælpe denne målgruppe til at opnå en følelse af ligeværdighed i samfundet, vil vi samtidigt argumentere for, at disse borgere ikke længere vil blive krænket i den solidariske sfære. Dette vil vi argumentere for, da disse borgere opnår anerkendelse i den solidariske sfære ved at føle sig som en del af et fællesskab og som en del af samfundet. Heraf vil de opnå en følelse af selvværdsættelse og føle sig værdsat og påskønnet socialt. Vi konkluderer heraf, at dobbeltdiagnosticerede borgere lettere vil kunne indgå i samfundet som ligeværdige medlemmer, hvis det krævede, tætte og koordinerede tværsektorielle samarbejde følges i henhold til udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Som tidligere nævnt forudsætter dette, at den dobbeltdiagnosticerede borger får tildelt én tovholder.

Når det i Sundhedsaftalen om indsatsen vedrørende mennesker med dobbeltdiagnose fra 2015-2018 står tydeligt beskrevet, at det kræver et koordineret tværsektorielt samarbejde at hjælpe og støtte den dobbeltdiagnosticerede borger, hvorfor er udarbejdelsen af koordinerende indsatsplaner så fortsat kun noget, der anbefales og ikke et juridisk implementeret redskab? I retningslinjerne står det beskrevet, at både kommunen og regionen fælles bærer ansvaret i forhold til at vurdere, om der bør udarbejdes en koordinerende indsatsplan for den enkelte borger. Vi bliver bekymrede for, om der i forbindelse med



utydeligheden opstår usikkerhed omkring, hvem der udfører opgaven, hvis de to sektorer ikke får tydeliggjort ansvarsfordelingen mellem sig.

## **8. Handlingsforslag og perspektivering**

Gennem dette projekt er vi kommet frem til følgende handlingsforslag, som vi formoder, vil kunne gøre en forskel inden for dobbeltdiagnoseområdet.

Vores handlingsforslag lyder først og fremmest på, at tilbud om og udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner bliver et fast og juridisk implementeret redskab, som skal tilbydes alle borgere med dobbeltdiagnose. Vores forslag er endvidere, at det ikke nødvendigvis behøver at være borgere, der er diagnosticeret med en psykisk lidelse, men noget der tilbydes alle, der formodes at befinde sig i målgruppen. I forbindelse med udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan, skal den enkelte borger tilknyttes en tovholder/koordinerende behandler, som skal være med til at sikre, at rettighederne i forhold til behandling og indsatser inden for misbrug og psykiatri efterleves.

Tovholderen skal desuden sikre, at der bliver tilrettelagt individuelle tilbud, indsatser og behandling, som er tilpasset den enkeltes behov. Det vil være denne fagperson, der skal påtage sig ansvaret for, at borgeren får et koordineret og helhedsorienteret behandlingsforløb som, vi gennem vores projekt har konkluderet, kræves for at skabe gode forudsætninger for den dobbeltdiagnosticerede.

I forbindelse med dette handlingsforslag og ved at sikre at den koordinerende indsatsplan tilbydes alle indenfor målgruppen, vil det endvidere medvirke til at sikre, at det tætte og koordinerende tværsektorielle samarbejde bliver en fast integreret del af arbejdet med dobbeltdiagnosticerede borgere.

### **8.1. Psykiatriens Hus**

I forbindelse med udarbejdelsen af dette projekt, har vi besøgt Psykiatriens Hus i Silkeborg. Dette gjorde vi på baggrund af vores research inden for dobbeltdiagnoseområdet, hvor vi blev bekendte med Psykiatriens Hus' anderledes måde at håndtere dobbeltdiagnoseområdet på. En måde der adskiller sig markant fra håndteringen i Region Nordjylland og Aalborg Kommune, som vi har taget afsæt i, i opgaven. Vi fandt det interessant at høre nærmere om deres udvikling indenfor arbejdet med dobbeltdiagnosticerede borgere og blev nysgerrige på, hvilken betydning deres tiltag i behandlingen har for denne målgruppe.

Initialt vil vi genfortælle, hvad vi kom frem til under besøget og mødet med Psykiatriens Hus, for derefter at sammenkoble dette med det udarbejdede handlingsforslag som fremgår tidligere i dette afsnit.



### 8.1.2 Mødet med Psykiatriens Hus

Først på mødet præsenterer de to ansatte i Psykiatriens Hus sig. Den ene er ansat i Silkeborg Kommune og den anden er ansat i Region Midtjylland.

De fortæller, at de begge har været ansat i henholdsvis Silkeborg Kommune og Region Midtjylland i mange år og derfor har nogle erfaringer, de har kunnet drage med sig ind i det nuværende samarbejde.

De fortæller, at der i 2008 blev opstartet et satspuljeprojekt, hvor regionspsykiatrien, misbrugscentret og Kirkens Korshær skulle samles. Dette skulle være et forsøg på at samle nogle af de centrale aktører indenfor området og der skulle være fokus på sundhed og samarbejdet på tværs. De fortæller, at dette projekt også fungerede som erfaringsudveksling. I forbindelse med sundhedsaftalerne fra 2011-2014 blev det skrevet ind, at man skulle etablere fællesteam, men det blev formuleret på en måde, så fællesteamet kunne være hvad som helst. I Silkeborg havde de dog en masse friske erfaringer fra projektet - ikke kun til organisationerne, men der var også etableret et personkendskab til hinanden. De fortæller, at sundhedsaftalerne og de friske erfaringer samt de respektive ledelser, som var interesseret i at investere ressourcerne, var det der startede fællesteamet i Silkeborg.

Fællesteamet er et samarbejde mellem kerneaktører inden for dobbeltdiagnose-området. Kerneaktørerne er den ambulante regionspsykiatri, rusmiddelcentret og myndighedsafdelingen i socialafdelingen. Disse fungerer som et fast team. Afhængig af hvilken borger der skal have sin sag for fællesteamet, skal borgeren i samarbejde med sagsbehandleren pege på, hvem de yderligere ønsker at have med i teamet. Udover faste repræsentanter kan følgende deltage: borgeren, misbrugssagsbehandler, koordinerende sagsbehandler fra jobcentret, praktiserende læge, mentor og bostøtte.

De fortæller, at der bliver indkaldt til fællesteamet, når behandler fra enten regionspsykiatrien eller rusmiddelcentret vurderer, at det godt kunne være en dobbeltdiagnosesag. Borgerne behøver ikke være diagnosticeret, men vurderingen går på, om det her kunne blive en sag, hvor en borger let kunne falde mellem to stole. Disse sager er ofte nogle der "smuldrer" og derfor indkaldes der til fællesteamet. Fællesteamet er i stand til at lave en plan for, hvem der gør hvad og hvornår dette skal gøres. I fællesteamet er der hele tiden fokus på borgeren, men også fokus på hvordan de kan gøre hinanden bedre. Det dur ikke, hvis de alle går hver deres vej, man skal spille hinanden gode. De fortæller, at det





kan være svært at lave en udredning, når der er en psykiatrisk problemstilling sammen med et misbrugsproblem. Derfor ser fællesteamet på, hvilken indsats det er, de kan gøre, for at få borgeren i en tilstand, hvor de kan lave en psykiatrisk udredning. Det går derfor ud på, at få sektorerne og indsatserne nærmere hinanden.

Inden afslutningen af første møde i fællesteamet er der altid udnævnt en tovholder. De fortæller, at der ofte bliver peget på en sagsbehandler, da denne automatisk får en masse oplysninger. Dette skyldes også, at sagsbehandlere ofte er computerarbejdsfolk, hvilket mentor og bostøtte ikke er. Fællesteamet er ikke i stand til at ordinere, men de kan koordinere og her er kommunikation i højsædet.

De fortæller, at der i arbejdet med dobbeltdiagnosticerede borgere kan arbejdes på tre forskellige måder. Den første er en sekventiel behandling, hvor man hele tiden hører, at folk falder mellem to stole. "Få styr på psykiatri, før vi behandler" eller omvendt. Det er derfor først det ene og derefter det andet. Dette er dårligt og fungerer ikke, men det er stadig noget, der sker.

Den anden er det, som de i Silkeborg fortæller de gør - nemlig at gå ind parallelt. De går ind sammen og vurderer, hvordan de kan understøtte hinandens indsatser. Her er borgeren i centrum og fokus er, at gøre det bedste for borgeren.

Den tredje er integreret behandling, hvilket kræver rigtig mange ressourcer. Dette betyder også, at vi trækker borgere med dobbeltdiagnose ud af det almindelige system. Dette vil være en god løsning for disse borgere, men koster for mange ressourcer.

De fortæller, at man skal passe på med at tilskrive en borger en alvorlig psykisk lidelse, når de også har et misbrug. Det er vigtigt at finde ud af, hvad misbruget egentlig handler om. Derfor ser de fællesteamet som essentielt, da de har mulighed for at koordinere, hvornår Psykiatrien skal på banen. I fællesteamet laver de en aftale. Det kan fx være, at vedkommende først skal i behandling for et aktivt misbrug og bagefter (nogle gange undervejs) påbegynder udredningen og samtaler i Psykiatrien, hvorefter man har en konklusion om, hvad der så skal til for at fastholde borgeren i dette. De fortæller, at det ofte også er vigtigt at "sidde på sine hænder" og være enige om, at der er fokus på forskellige ting på forskellige tidspunkter. Tiden skal være til det og det bliver for meget for borgeren, hvis alle sektorer får gøretræng og vil igangsætte alt muligt på samme tid. Det handler derfor om at kende



hinandens perspektiver og muligheder og vide hvornår, de forskellige aktører skal gøre eller ikke gøre noget.

De fortæller, at fællesteamet også er godt i forhold til at give den enkelte borger den rette hjælp og støtte. De har ry for, at borgere med potentiel dobbeltdiagnose ikke bliver afvist.

De fortæller, at pakkeforløb og standardforløb kan virke rigtig godt i forhold til velfungerende borgere, men at man skal have ressourcerne til det. Derfor er der store faldgruber i standardiserede pakkeforløb, hvis man ikke har mange ressourcer og det kan være virkelig svært for mange borgere. Derfor mener de, at det er vigtigt at give dobbeltdiagnosticerede borgere et individuelt tilrettelagt forløb med fokus på den enkeltes problemstillinger og udfordringer.

De fortæller endvidere, at formålet med fællesteamet er at sætte gang i samarbejdet og derefter holde opfølgingsmøder angående overholdelsen af de aftaler, der er blevet lavet. De udtaler, at der ikke er lavet registreringer i forhold til effekt. Det er derfor ikke muligt at sammenligne den nuværende indsats med den tidligere indsats og behandling af dobbeltdiagnosticerede borgere.

## **8.2. Sammenkobling**

På baggrund af vores viden fra Psykiatriens Hus, vil vi argumentere for, at denne understøtter det udarbejdede handlingsforslag, vi har udformet med afsæt i analysen. Ud fra dette ser vi dog nogle forskelle mellem vores handlingsforslag vedrørende fast og juridisk implementering af udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner og den praksis der udøves i Psykiatriens Hus' Fællesteam. I Fællesteamet mødes de i faste teams på fastlagte mødedage, hvor de fast integrerede fagpersoner bringer sager op til drøftelse med andre relevante aktører, samt borger og eventuelle pårørende til denne. Under disse møder vurderes den enkeltes sag og der bliver fastlagt en plan for borgerens forløb, hvorefter de igen mødes og samler op på dette, for efterfølgende at vurdere hvilke nye tiltag, der skal iværksættes, eller om sagen skal afsluttes.

Ud fra hvad vi fandt frem til under vores møde med Psykiatriens Hus, bliver vi nysgerrige på, hvorfor deres parallelle behandling af denne målgruppe ikke er noget, der er blevet fast implementeret og udbredt til landets øvrige kommuner og regioner. Særligt grundet de gode resultater de oplever i Psykiatriens Hus. Vores konklusion er, at de i Aalborg Kommune og Region Nordjylland har forsøgt sig med parallel behandling, der minder om Psykiatriens Hus' håndtering af dobbeltdiagnosticerede. Dette har de forsøgt i forbindelse med afprøvningen af at implementere de koordinerende indsatsplaner. Her



er vores indtryk dog, at de ikke er lykkedes med dette, idet udbredelsen af disse indsatsplaner ikke anses som værende tilstrækkelig eller væsentlig og samtidig ikke er blevet tilbudt alle inden for målgruppen. Særligt undrer vi os over, at ovenstående ikke er blevet håndhævet i praksis, når det ifølge den tværsektorielle grundaftale inden for dobbeltdiagnoseområdet tydeliggøres, at dét der kræves for at kunne hjælpe denne målgruppe, er et tæt og koordineret tværsektorielt samarbejde. Ifølge vores handlingsforslag fremgår det ikke, hvornår relevante fagpersoner skal mødes og drøfte relevante sager, hvorfor vi påtænker at de samarbejdsformer og strukturer de arbejder med i Psykiatriens Hus skal understøtte vores handlingsforslag. Slutteligt vil vi konkludere, at det vil være gavnligt og betydningsfuldt for de dobbeltdiagnosticerede borgere, hvis vores handlingsforslag bliver et fast og juridisk implementeret redskab samt at udførelsen af denne, bliver udformet som i Psykiatriens Hus og på landsplan.



## 9. Litteraturliste

Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri. (2013). *"Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling"*. Bilagsrapport 2. 9. oktober 2019.

<https://assets-global.website->

[files.com/5b476c3876d89c41495df051/5beaa4bff07a9cacda344f2d\\_2013-bilag2.pdf](https://assets-global.website-files.com/5b476c3876d89c41495df051/5beaa4bff07a9cacda344f2d_2013-bilag2.pdf)

Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M. H. & Andrade, S. B. (2018). *"Socialt udsatte borgers brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter"*. VIVE – Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd. 17. september 2019. <https://www.vive.dk/media/pure/6999/1717876>

Eide, T. & Eide, H. (2009). *"Kommunikation i praksis – Relationer, samspil og etik i socialfagligt arbejde"*. Forlaget Klim.

Engen, M., Østergaard, P., Olsen, J. B., Ringø, P. & Nielsen, F. (2016). *"Projektskrivning på socialrådgiveruddannelsen ved Aalborg Universitet"*. Aalborg: Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet.

Glintborg, C. & Svejstrup, O. (2014). *"Koordinering og rehabilitering"* i *Social Kritik*, årgang 26, nr. 137 s. 80-87

Grünberger, P. & Lauridsen, M. (2013). *"Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser der virker"*. Socialstyrelsen. 8. oktober 2019. <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/mennesker-med-stofmisbrug>

Harder, M. & Nissen, M. A. (2011). *"Helhedssyn i socialt arbejde"*. København: Akademisk Forlag.

Haslebo, G. (2011). *"Relationer i organisationer"*. Dansk Psykologisk Forlag A/S.

Henriksen, K. & Hemme, C. (2004). *"Illustration af perspektiver i socialt arbejde"*. Den Sociale Højskole i Aarhus.

Honneth, A. (2006). *"Kamp om anerkendelse"*. København: Hans Reitzels Forlag.

Højlund, P. & Juul, S. (2015). *"Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde"*. 2. Udgave. København:



Hans Reitzels Forlag.

Højberg, H. (2014). Hermeneutik. I Rasborg, K., Olsen, P. B. & Fuglsang, L. (Red.), *"Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne"*. (s. 309-347). Samfundslitteratur.

Jacobsen, M. H. & Pringle, K. (2008). *"At forstå det sociale"*. København: Akademisk Forlag.

Kessing, L. V., Sachs, C. & Andersen, J. S. (2018). *"Psykiatri"*. Sundhed.dk. 8. oktober 2019.

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/om-psykiatri/psykiatri/>

Kommunaludvalget. (2013). *"Evaluering af kommunalreformen"*. Økonomi- og indenrigsministeriet. 19. september 2019. <https://www.ft.dk/samling/20121/almdel/kou/bilag/58/1240751.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *"Interview – introduktion til et håndværk"*. 2. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *"Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk"*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Langergaard, L. L., Rasmussen, S. B. & Sørensen, A. (2006). *"Videnskab og virkelighed"*. Samfundslitteratur.

Olsen, C. H., & Lindhardt, S. (2018). *"Psykelige vanskeligheder og samtidig misbrug - Definition"*.

Socialstyrelsen. 2. oktober 2019. <https://vidensportal.dk/voksne/psykelige-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug/Definition>

Olsen, C. H., & Lindhardt, S. (2018). *"Psykelige vanskeligheder og samtidig misbrug – målgruppen"*.

Socialstyrelsen. 2. oktober 2019. <https://vidensportal.dk/voksne/psykelige-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug/malgruppen>

Psykiatrien. (u. å.). *"Misbrug og psykisk sygdom"*. Psykiatrien i Region Nordjylland. 10. oktober 2019.

<https://psykiatri.rn.dk/undersogelse-og-behandling/misbrug-og-psykisk-sygdom>

Psykiatrien. (u. å.). *"Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri"*. Psykiatrien, Region Nordjylland. 3. oktober

2019.

<https://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital-Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Ambulatorium-for-Rusmiddelpsykiatri>

Psykiatrifonden. (u.å.). *"Hvad er psykisk sygdom?"*. Psykiatrifonden. 8. oktober 2019.

<https://www.psykiatrifonden.dk/guides/snak-om-det/hvad-er-psykisk-sygdom-ny-film.aspx?fbclid=IwAR3Bzy45MMGCoo-n1Bcqo6VwCEZ-ivVHDO1PmYOo-HVduKRNXgFkuWvq9kg>

Psykiatrien. (2015). *"Psykiatriplan 2015-2020 – Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum"*. Psykiatrien, Region Nordjylland. 14. oktober 2019.

[https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/planer-paa-sundhedsomraadet/psykiatriplan-2015-2020/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-politikker-og-servicemål/Sundhedsplan/Psykiatriplan-2015-2020.ashx](https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/planer-paa-sundhedsomraadet/psykiatriplan-2015-2020/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-politikker-og-servicemål/Sundhedsplan/Psykiatriplan-2015-2020.ashx)

Psykiatrien. (2017). *"Et patientforløb omfatter flere former for behandling"*. Psykiatrien, Region Nordjylland. 3. oktober 2019.

<https://psykiatri.rn.dk/undersogelse-og-behandling/flere-former-for-behandling>

Psykiatrien. (2018). *"Hvornår kan patienter henvises til behandling i Psykiatrien?"*. Psykiatrien, Region Nordjylland. 3. oktober 2019.

<https://psykiatri.rn.dk/undersogelse-og-behandling/hvem-kommer-i-behandling-i-psykiatrien>

Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO. (2015) *"Den politiske sundhedsaftale 2015-2018"*. De nordjyske kommuner og Region Nordjylland. 14. oktober 2019.

[https://rn.dk/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Endelig-sundhedsaftale-2015-2018/Den-Politiske-Sundhedsaftale\\_final.ashx?la=da](https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Endelig-sundhedsaftale-2015-2018/Den-Politiske-Sundhedsaftale_final.ashx?la=da)

Region Nordjylland, KKR Nordjylland & PLO. (2016) *"Den tværsektorielle grundaftale 2015-2018 – Sundhedsaftale om indsatsen vedr. mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)"*. 14. oktober 2019.

[https://rn.dk/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-](https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-)



[samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tværsætorielle-Grundaftale/Behandling-og-Pleje/Samlet Mennesker-med-sindslidelse-og-samtidig-misbrug\\_december-2016.ashx?la=da](#)

Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). *"Grundbog i psykiatri"*. København: Hans Reitzels Forlag.

Socialstyrelsen. (2019). *"Psykiske vanskeligheder – Målgruppe"*. Socialstyrelsen. 9. oktober 2019.  
<https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/om-psykiske-vanskeligheder/malgruppe/malgruppe>

Sundhedsstyrelsen. (2009). *"National strategi for psykiatri"*. Sundhedsstyrelsen. 8. oktober 2019.  
<https://www.sst.dk/~media/EE63F63540B4423989EB160335398B84.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2014). *"Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner"*.  
Sundhedsstyrelsen. 16. oktober 2019.  
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/retningslinjer-for-udarbejdelse-af-koordinerende-indsatsplaner>

Thagaard, T. (2004). *"Systematik og indlevelse – En indføring i kvalitativ metode"*. København:  
Akademisk forlag.

Toftdahl, N. G., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2015). *"Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study"*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.  
15. oktober 2019.  
<https://link-springer-com.zorac.aub.aau.dk/content/pdf/10.1007%2Fs00127-015-1104-4.pdf?fbclid=IwAR1AwaMFh0vG4xB9Y9vCzKb6vCqOTn2yd6bZ7-qd-10ofAd7E7AJam9Dg4I>

Væksthus for Ledelse. (2016). *"Relationel koordinering - ledelse af et effektivt samarbejde"*.  
PrInfoTrekroner.  
<https://www.lederweb.dk/media/1559/relationel-koordinering.pdf>

Aalborg Kommune. (u. å.). *"Overforbrug og misbrug"*. Aalborg Kommune. 2. oktober 2019.  
<https://www.aalborg.dk/sundhed-og-sygdom/alkohol-og-stoffer/overforbrug-og-misbrug>

## 9.1. Lovgivning

Europa-Parlamentets og rådets forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016. Persondataforordningen i databeskyttelsesloven.

Forvaltningsloven. Lovbekendtgørelse nr. 988 af 9. oktober 2012. Bekendtgørelse af forvaltningslov.

Retsplejeloven. Lovbekendtgørelse nr. 1284 af 14. november 2018. Bekendtgørelse af lov om rettspleje.

Serviceloven. Lovbekendtgørelse nr. 1114 af 30. august 2018. Bekendtgørelse af lov om social service.

Straffeloven. Lovbekendtgørelse nr. 1156 af 20. september 2018. Bekendtgørelse af straffeloven.

Sundhedsloven. Lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018. Bekendtgørelse af sundhedsloven.