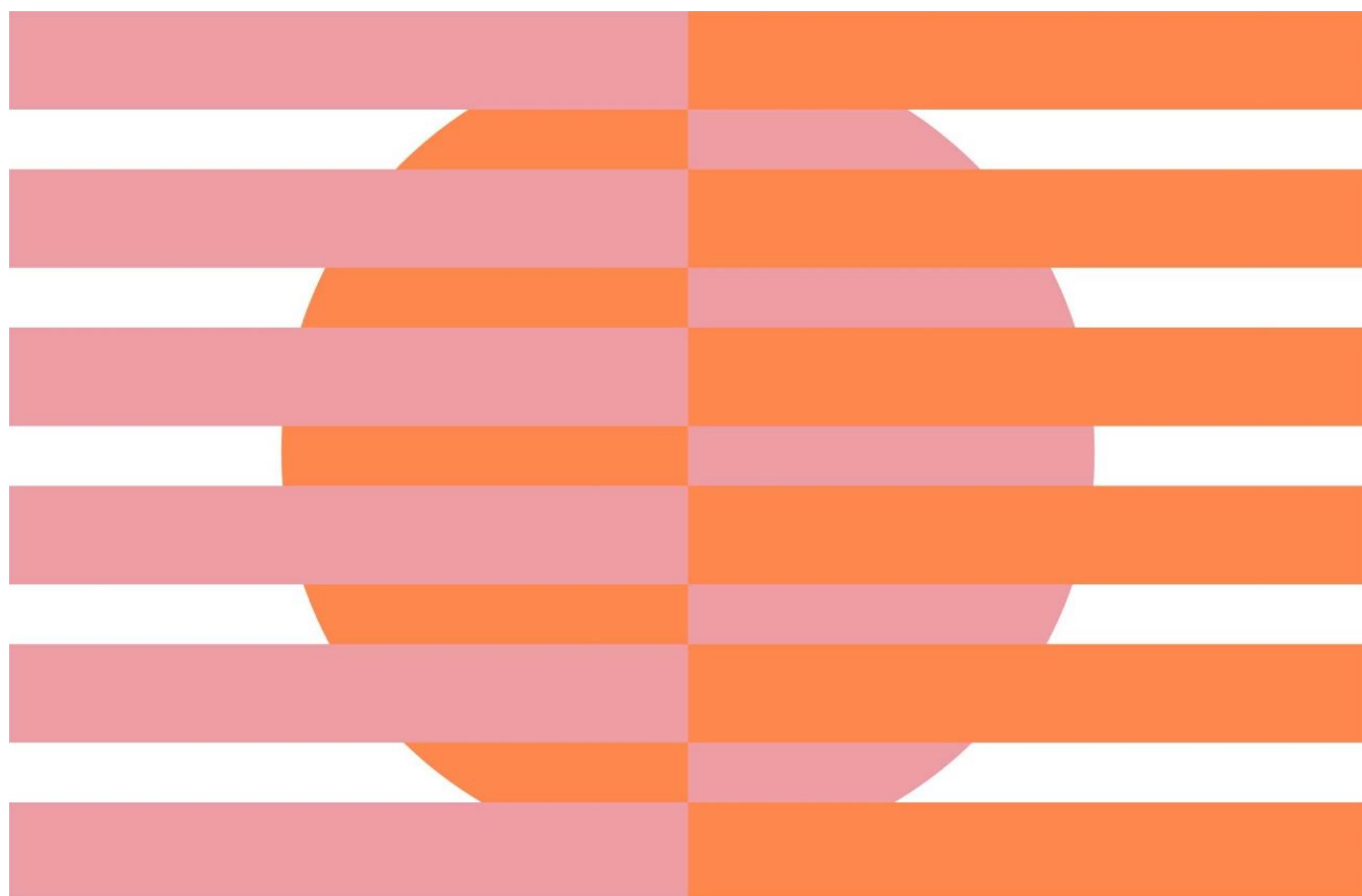


# Ung i Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling

En undersøgelse af tværsektorielt behandlingstilbud til unge  
med dobbeltdiagnose



Sine Kirkegaard

**VI V E**

*Ung i Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling – En undersøgelse af tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-007-8

ISBN: 978-87-7582-011-5

Projekt: 302187

Finansiering: Helsefonden

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

**VIVE**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

## Forord

Dette notat præsenterer en kvalitativ undersøgelse af et tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose (dvs. psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik) i Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU), Region Hovedstadens Psykiatri. Behandlingstilbuddet er baseret på et samarbejde mellem APU og 10 kommunale rusmiddelcentre, hvor målet er at tilbyde en mere sammenhængende, fleksibel og rettidig indsats til unge med dobbeltdiagnose.

Formålet med denne undersøgelse er at skabe viden om, hvordan unge i alderen 18-25 år oplever at være en del af det tværsektorielle behandlingstilbud, samt belyse de fagprofessionelles perspektiver på behandlingen og samarbejdet mellem APU og de kommunale rusmiddelcentre. På baggrund af kvalitative interviews med unge i APU, fagprofessionelle i APU og kommunale rusmiddelcentre samt et pårørendepanel bidrager notatet med viden om disse forskellige gruppers erfaringer og perspektiver på behandlingstilbuddet. Desuden indeholder notatet en række bud på, hvordan der kan arbejdes videre i praksis med at udvikle behandlingstilbuddet til målgruppen af unge.

Undersøgelsen er igangsat i november 2021 og er en del af et udviklingsprojekt i APU, Region Hovedstadens Psykiatri. Udviklingsprojektet er finansieret af Helsefonden og skal undersøge og kvalificere behandlingstilbuddet til unge i alderen 18-25 år med en ikke-psykotisk lidelse og et samtidigt misbrug. Dette notat fungerer som et videnskabeligt grundlag for dette videre arbejde.

Notatet er udarbejdet af forsker og projektleder Sine Kirkegaard og er kvalitetssikret gennem internt review på VIVE.

*Kræn Blume Jensen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Social  
2022

# Indhold

Sammenfatning .....	5
Resultater .....	6
1    Baggrund og formål.....	9
1.1    APU og det tværsektorielle samarbejde.....	10
2    Metode og data .....	13
2.1    Individuelle interviews med unge og gruppeinterviews med pårørende.....	13
2.2    Fokusgruppeinterviews med fagprofessionelle .....	14
2.3    Datamaterialets begrænsninger .....	15
3    De unges oplevelser og erfaringer .....	16
3.1    Unge motivation og opstart .....	16
3.2    Unge oplevelse af behandling i APU .....	23
3.3    Samarbejde og koordinering mellem APU og kommunale RC'er .....	31
4    Fagprofessionelles oplevelse og erfaringer .....	37
4.1    Fagprofessionelles oplevelse af samarbejdet.....	37
4.2    Oplevelsen af henvisning og opstart i APU .....	43
4.3    Oplevelsen af den individuelle behandling i APU.....	48
4.4    Oplevelse af gruppetilbud i APU.....	52
5    Konklusion og opmærksomhedspunkter .....	55
5.1    Tidligere erfaringer påvirker de unges opstart i APU .....	55
5.2    Barrierer for henvisning til APU .....	56
5.3    Roller, ansvar og ekspertise i samarbejdet .....	56
5.4    Troværdighed og inddragelse .....	58
5.5    Kollektiv identifikation og barrierer for deltagelse i gruppeterapien .....	58
5.6    Afslutning og udbytte af behandlingsforløb.....	59
Litteratur .....	60

## Sammenfatning

Dette notat præsenterer resultaterne fra en kvalitativ undersøgelse af et tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose, dvs. psykisk lidelse samtidig med rusmiddelproblematik. Behandlingstilbuddet er et samarbejde mellem Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) på Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri og 10 kommunale rusmiddelcentre (kommunale RC'er). Formålet med samarbejdet er at tilbyde mennesker med dobbeltdiagnose et rettidigt, effektivt og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af APU og de kommunale RC'er (Region Hovedstadens Psykiatri, 2020).

Med støtte fra Helsefonden har APU igangsat et udviklingsprojekt, der skal undersøge og udvikle dette behandlingstilbud til unge i alderen 18-25 år, der har en ikke-psykotisk lidelse samtidig med en rusmiddelproblematik. Som led i dette arbejde har VIVE gennemført en kvalitativ undersøgelse af behandlingstilbuddet og samarbejdet med kommunale RC'er, der skal fungere som vidensgrundlag for udviklingen af behandlingstilbuddet målrettet unge med dobbeltdiagnose.

I Danmark er det kommunerne, der har det primære ansvar for misbrugsbehandling, og regionerne, der varetager den psykiatriske behandling. Denne sektoropdeling har skabt en lang række udfordringer, hvor mange mennesker med dobbeltdiagnose har oplevet at blive afvist i behandlingssystemet eller få en usammenhængende og adskilt behandling (Buch, Thygesen & Johansen, 2015). Forskningen viser, at størstedelen af unge i stofmisbrugsbehandling også har psykiske vanskeligheder, hvorfor de har brug for et tværsektorielt behandlingsforløb målrettet deres misbrugsproblematik og psykiske vanskeligheder samtidig (Kohl et al., 2016). For at imødekomme dette behov vil APU i samarbejde med de kommunale RC'er undersøge og udvikle deres eksisterende tværsektorielle behandlingstilbud, så det i højere grad er målrettet de unge i alderen 18-25 år. Behandlingstilbuddet er fastsat til 25 pakketimer (dog 50 pakketimer for mennesker med emotionel ustabil personlighedsstruktur) baseret på en adfærdsterapeutisk tilgang og indeholdende en række individuelle og gruppebaserede indsatser (fx udredning, netværksmøder, individuelle samtaler med tovholder, medicinsk behandling og gruppeterapi) samt samarbejdsunderstøttende aktiviteter.

Dette notat præsenterer resultaterne fra den kvalitative evaluering, hvor det overordnede formål er at skabe viden om de unges oplevelser med at deltage i det tværsektorielle behandlingstilbud APU samt belyse de fagprofessionelles perspektiver på arbejdet med de unge og samarbejdet på tværs af APU og kommunale RC'er. Evalueringens datamateriale består af otte individuelle interviews med unge i alderen 18-25 år, som modtager det tværsektorielle behandlingstilbud i APU. Desuden er der gennemført to fokusgruppeinterviews og et individuelt interview med fagprofessionelle i APU og i de kommunale RC'er samt et gruppeinterview med pårørende til unge med dobbeltdiagnose.

## Resultater

Resultaterne viser en række strukturelle og relationelle barrierer i mødet med "systemet". De unge beskriver eksempelvis, at tidligere afvisninger i psykiatrien også påvirker deres opstart i APU. Opstarten er således forbundet med frygt for afvisning og stigmatisering, mistillid til fagprofessionelle og manglende tro på, at en integreret behandling er mulig. De fagprofessionelle skal derfor være ekstra opmærksomme på strukturelle og relationelle barrierer i opstartsfasen, så de unge føler sig velkomne, trygge og inddragede.

Et andet vigtigt element er en sensitivitet over for de unges oplevelse af tid, da oplevelsen af fx ventetid i opstartsfasen i nogle tilfælde ikke er i overensstemmelse med de fagprofessionelles opfattelse (den "bureaukratiske" tidslighed: Andersen & Bengtsson, 2019). Tid i psykiatrien er organiseret bureaukratisk på den måde, at tidslighed fx typisk opererer gennem en mere lineær og objektiv forståelse, hvor ventetid og behandlingstid er fastsat til at vare et bestemt antal uger. Dette medvirker til en uoverensstemmelse mellem de unges og fagprofessionelles oplevelse af tid, hvor nogle unge beskriver usikkerhed og ventetid i opstarten, mens de fagprofessionelle fra APU og kommunale RC'er modsat oplever, at de unge får rettidig behandling, da ventetiden til APU er mindre end andre steder i psykiatrien.

De fagprofessionelle peger på en række barrierer for henvisningen af unge til APU, som primært knytter sig til diagnostiske inklusions- og eksklusionskriterier, og at det kan være vanskeligt at arbejde med disse. Eksempelvis oplever de fagprofessionelle i de kommunale RC'er, at unge med flere samtidige diagnoser, fx spiseforstyrrelse og angst, bliver ekskluderet, selvom de kunne have stor gavn af tilbuddet. En anden barriere for henvisningen af unge fra de kommunale RC'er er, at de større kommunale RC'er ofte selv har en række tilbud, som de unge tilbydes først, inden APU tænkes ind. Dette skyldes blandt andet, at de kommunale RC'er ofte ligger tættere på de unges bopæl end Stolpegård og derved gør det nemmere for de unge at være mødestabile.

Når de unge er startet behandling i APU, så beskriver de oplevelser af at blive mødt på en positiv og radikalt anderledes måde, end de tidligere har erfaret i psykiatrien. De fremhæver særligt deres møde og relation til tovholder i APU som en betydningsfuld og god oplevelse, da de bliver mødt med tålmodighed og på en "ikke-dømmende" måde. Størstedelen af de unge beskriver også, at de oplever, at de i behandlingsforløbet (fx ved samtaler med tovholder) har adgang til social validering, autoritet og information/viden, hvilket er vigtige forudsætninger for, at inddragelsen i eget behandlingsforløb opleves som reel og troværdig (Kirkegaard & Andersen, 2018). For at sikre denne inddragelse af de unge er det også vigtigt, at de fagprofessionelle har mulighed for at justere og tilpasse behandlingstilbuddet efter de unges ønsker og behov, hvilket strukturelle omstændigheder – som fx de standardiserede pakkeforløb – i nogle situationer sætter begrænsninger for og vanskeliggør. Det er eksempelvis meget blandet, om de unge ønsker at deltage og oplever et udbytte af gruppeterapien i APU, hvorfor det kunne være meningsfuldt, hvis flere af disse unge havde mulighed for kun at modtage individuelle indsatser i APU og de kommunale RC'er. Samtidig er det vigtigt, at disse strukturelle barrierer og begrænsninger italesættes og håndteres kollektivt, så det ikke skaber u hensigtsmæssige arbejdsgange for den enkelte fagprofessionelle og usikkerhed for den unge (Trojborg, 2018).

De fagprofessionelle på tværs af APU og kommunale RC'er oplever, at deres samarbejde er meget meningsfuldt, og at de har fået opbygget nogle gode praksisser for udførelsen og afgrænsningen af deres roller og ansvar i samarbejdet samt er bevidste om begrænsningerne i deres egen ekspertise. De unge giver også udtryk for, at deres behandlingsforløb er sammenhængende og velkoordineret. Det er særligt i opstarten og afslutningen af de unges forløb, at de fremhæver samarbejdet og koordineringen på tværs som meget vigtig for dem. De unge beskriver fx, at deres casemanager i kommunalt RC har en vigtig betydning, da denne kontinuerlige tilknytning skaber tryghed og et sikkerhedsnet, da det for flere af de unge er en person, som de har kendt igennem længere tid. Denne tillid er afgørende for de unges oplevelse af behandlingen som succesfuld og understreger, at samarbejdet er med til at understøtte de unges tillid til APU's behandling, da casemanagerne fra kommunale RC'er kan bistå, hvis der opstår misforståelser.

På trods af at det tværsektorielle samarbejde mellem APU og de kommunale RC'er af både de unge og fagprofessionelle beskrives som veldefineret og velfungerende, så er der i det daglige nogle arbejdsopgaver, som har stor betydning for de unges behandling, men hvor ansvar og roller er mere uklare. Det er primært omkring en række af de praktiske og administrative opgaver for tovholderne, som kan beskrives som "usynligt arbejde", da det ikke er en tydelig del af deres opgavebeskrivelse, men ikke desto mindre tager meget tid i det daglige arbejde. Dette "usynlige arbejde" er blandt andet en lang række af administrative opgaver, fx aflyste aftaler, nye indkaldelser og koordinering omkring ændringer i den unges forløb. Ligeledes er der en række praktiske opgaver, som de unge har brug for hjælp til, fx i forhold til deres boligsituation, økonomi m.m., som tovholderen ofte får et ansvar for. Der er således behov for, at dette arbejde bliver synligt, så det kan diskuteres i fællesskab, hvor grænserne for arbejdet er, og hvem der skal have ansvaret for samarbejdet i det. Dette vil også understøtte de unges behandlingsforløb i APU, da det vil blive mere tydeligt for de unge, hvad de kan forvente af de forskellige fagprofessionelle i samarbejdet. Desuden er der en række overlap i tilgange og behandlingstilbud mellem APU og de store kommunale RC'er, hvilket kan skabe udfordringer i forhold til at skabe fælles "problemdefinitioner" og sammenhængende behandlingsforløb.

Et andet vigtigt element i samarbejdet er de faste netværksmøder, som afholdes minimum tre gange i de unges behandlingsforløb, hvor tovholder fra APU, casemanager fra kommunalt RC, den unge og andre relevante aktører deltager (fx pårørende, mentor, sagsbehandler). Overordnede set oplever de unge og de fagprofessionelle, at disse netværksmøder er et godt forum til at tale om de unges behandlingsforløb, men både de unge og fagprofessionelle beskriver, at netværksmøderne primært understøtter de fagprofessionelles arbejde (fx deling af information). Derfor kan det være vigtigt med en drøftelse af formålet med og formen for netværksmøderne, så de ikke risikerer udelukkende at fungere som et professionelt redskab til organisering af arbejdet, hvor den unge ikke er inddraget. Til netværksmøderne er det ligeledes vigtigt at tage udgangspunkt i, at de unge har forskellige ressourcer, hvorfor det også varierer blandt de unge, hvilken rolle de gerne vil have på og uden om netværksmøderne. De unge beskriver fx, at de har delvist ansvar for koordineringen mellem APU og kommunal RC uden for netværksmøderne, hvilket giver en oplevelse af selvbestemmelse for nogle af de unge, mens andre beskriver det som en byrde.

Det er et mindre antal af de unge, som har medvirket i interviewene, der er ved afslutningen af deres forløb i APU. De unge, som nærmer sig en afslutning, fremhæver, at de har bekymringer omkring deres videre forløb, hvorfor det er vigtigt for dem tidligt at have samtaler med de fagprofessionelle om afslutningen og eventuelle overgange til andre indsatser i psykiatrien eller kommunen. Størstedelen af de unge beskriver på baggrund af deres nuværende erfaringer med behandlingsforløbet, at de forventer eller oplever en bedringsproces både i forhold til deres psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematikker. Det er forskelligt, om de unge tilskriver deres bedring/recovery det samlede behandlingsforløb med både individuelle indsatser og gruppeforløb, eller om det primært knytter sig til et oplevet udbytte af de individuelle indsatser. De unge, som fx oplever et udbytte af gruppeterapien, forklarer, at de har fået gode redskaber til at anvende i deres hverdagsliv, og at de har oplevet et emotionelt udbytte ved at kunne genkende og identificere sig med de andre deltageres erfaringer med psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematikker. De unge, som beskriver, at de har fået mindre ud af gruppeterapien, oplever omvendt ikke nødvendigvis denne kollektive identifikation (Koski, 2014), hvilket kan være en central forudsætning for et oplevet udbytte. Desuden fremhæver både de unge og de fagprofessionelle en række praktiske barrierer for de unges deltagelse i gruppeforløbene (fx afstand og tidspunkt for afholdelsen af grupperne), og de fagprofessionelle i de kommunale RC'er peger på et behov for at skabe nogle nye materielle og sociale rammer om gruppeterapien.

Samlet set er der således et velfungerende samarbejde på tværs af APU og kommunalt RC, som understøtter, at de unge oplever et koordineret og sammenhængende behandlingsforløb. Størstedelen af de unge beskriver positive oplevelser med særligt de individuelle forløb i APU og relationen til de fagprofessionelle, hvor de føler sig mødt og inddraget. Resultaterne peger dog også på en række opmærksomhedspunkter, særligt i praksissen omkring diagnostiske inklusions-/eksklusionskriterier, henvisning og opstart i APU, samt barrierer for deltagelse i gruppeforløbene, som det er centralt at arbejde videre med for at sikre en kvalificeret og målrettet behandling til unge med dobbeltdiagnose.



# 1 Baggrund og formål

I Danmark er det regionerne, der har det primære ansvar for behandlingen af borgernes psykiske vanskeligheder, mens det er kommunerne, der skal varetage behandlingen af borgernes misbrugsproblematikker. Dette betyder, at for de mennesker, som har en dobbeltdiagnose, dvs. en psykisk lidelse samtidig med misbrugsproblemer, er behandlingen sektoropdelt. I en årrække har dette medført uklarhed omkring behandlingen, blandt andet i forhold til hvilken rækkefølge behandlingen skal foregå i, og hvem der har behandlingsansvaret. Derfor har mennesker med dobbeltdiagnose også oplevet en række barrierer for at modtage den rette behandling i deres møde med systemet (Kohl et al., 2016). Vi ved fra forskningen, at det er altafgørende for mennesker med dobbeltdiagnoses bedringsproces, at de tilbydes en integreret behandling målrettet deres psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematik samtidig (Buch, Thygesen & Johansen, 2015).

Det er vanskeligt præcist at opgøre forekomsten af unge med dobbeltdiagnose eller dobbeltbelastning, men både kvalitativ og kvantitativ forskning viser, at flertallet af unge i stofmisbrugsbehandling også har psykiske vanskeligheder (Benjaminsen et al., 2015; Pedersen, Frederiksen & Pedersen, 2015; Andersen, 2014a). Derfor er der også et stort behov for, at denne målgruppe af unge med dobbeltdiagnose får et sammenhængende behandlingsforløb, der går på tværs af sektorer og tilbyder en integreret behandling.

I 2017 blev igangsat et tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker på 18 år og opefter, som har en ikke-psykotisk psykisk sygdom (dvs. depression, angst/social fobi, OCD, posttraumatisk belastningsreaktion, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse/borderline, ængstelig personlighedsforstyrrelse) og en samtidig rusmiddelproblematik. Behandlingstilbuddet er baseret på en model, som er udviklet i samarbejde mellem Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) på Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstatens Psykiatri og oprindeligt fem kommunale rusmiddelcentre. Modellen består af en række procedurer og aktiviteter, som skal understøtte samarbejdet og er tilpasset den enkelte patient. Formålet med modellen er at kunne tilbyde mennesker med dobbeltdiagnose et relevant, specialiseret og fleksibelt psykiatrisk og psykoterapeutisk behandlingskoncept og et koordineret tværsektorielt forløb, der sikrer, at patienterne får en rettidig, sammenhængende og effektiv behandling på tværs af sektorer (Region Hovedstatens Psykiatri, 2020).

Siden 2017 er modellen og samarbejdet blevet evalueret, udviklet og udbredt til i alt 10 kommuner, og erfaringer viser, at langt størstedelen af patienterne i APU har oplevet både psykiske udfordringer og rusmiddelproblematikker siden deres tidlige ungdom. På trods af dette udgør de unge i alderen 18-25 år en langt mindre gruppe af dem, som bliver henvist og modtager behandling i APU. Lokale datatræk foretaget af APU viser, at de unge på nuværende tidspunkt udgør 18 % af brugerne i det tværsektorielle behandlingstilbud, mens 82 % er ældre end 25 år. Derfor har APU igangsat et udviklingsprojekt, hvor formålet er at tilpasse og udvikle behandlingen til unge i alderen 18-25 år, der har en ikke-psykotisk lidelse samtidig med en rusmiddelproblematik. Behandlingen bygger videre på APU's model med formålet om at kvalificere og tilpasse behandlingen til unge

i APU. VIVE bidrager med denne indledende undersøgelse og analyse af APU's behandlingstilbud til unge i alderen 18-25 år med dobbeltdiagnose og samarbejdet med kommunale rusmiddelcentre (RC).

Dette notat præsenterer analysen og resultaterne fra den kvalitative undersøgelse af APU og samarbejdet med kommunale RC'er, hvor VIVE har gennemført interviews med fagprofessionelle og unge patienter i APU og kommunale RC'er samt pårørende til unge med dobbeltdiagnose. Formålet med undersøgelsen er at bidrage med viden om de unges egne oplevelser af behandlingen i APU og samarbejdet med kommunale RC'er for at kunne pege på både velfungerende aspekter i den tværsektorielle behandling samt de udfordringer og problematikker, som de unge beskriver. Ligeledes præsenterer notatet de fagprofessionelles perspektiv på de unges behandling i APU og deres oplevelse af det tværsektorielle samarbejde. Endelig inddrages mere overordnede perspektiver på en række strukturelle og relationelle barrierer, som pårørende til unge med dobbeltdiagnose har erfaret i deres møde med behandlingen i regionalt og kommunalt regi. Dette vidensgrundlag, som notatet præsenterer, skal således anvendes i APU's videre arbejde med at udvikle og målrette den tværsektorielle behandling til unge med dobbeltdiagnose.

## 1.1 APU og det tværsektorielle samarbejde

APU ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård er organisatorisk forankret i Region Hovedstatens Psykiatri og varetager ambulant psykiatrisk behandling, mens de kommunale RC'er er organisatorisk forankret i kommunalt regi og tilbyder rusmiddelbehandling. Den tværsektorielle behandling består i, at der samarbejdes mellem APU og de kommunale RC'er om at tilbyde et koordineret og sammenhængende behandlingsforløb. Der tilbydes således et samlet behandlingstilbud, der foregår på tværs af henholdsvis APU og kommunale RC'er.

Målgruppen er mennesker med ikke-psykotisk psykisk lidelse (dvs. depression, angstlidelser, OCD, posttraumatisk belastningsreaktion, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse/borderline, ængstelig personlighedsforstyrrelse) og samtidig rusmiddelproblematik (alle former for alkohol- og stofmisbrug). I denne undersøgelse fokuserer vi på de unge mellem 18-25 år inden for denne målgruppe, som er henvist til psykiatrisk og kommunal behandling. Det tværsektorielle behandlingstilbud forudsætter, at de unge er tilknyttet eller bliver tilknyttet et kommunalt RC og følges i begge sektorer samtidig.

Ud over de diagnostiske kriterier for henvisning/visitation til APU skal de unge også kunne indgå og profitere af den psykoterapeutiske behandling, hvilket indebærer, at de kan møde stabilt, modtage og reflektere over egen livshistorie, og har viden om sig selv og sammenhængen mellem den psykisk lidelse og rusmiddelproblematikken. Desuden skal de kunne lave hjemmeopgaver og træne med de redskaber, som de præsenteres for i gruppeterapien.

Modellen, som samarbejdet bygger på, består af en række faste elementer og samarbejdsunderstøttende aktiviteter.

**Tabel 1.1** Elementer og understøttende aktiviteter i samarbejdet

Elementer i samarbejdet	Samarbejdsunderstøttende tilgange og aktiviteter
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De unge er tilknyttet APU og kommunalt RC samtidig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fælles principper og tilgange: "Åbne døre", "Ventet og velkommen", recovery-orienteret</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tovholder i APU og casemanager i kommunalt RC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fælles ledermøder, lægemøder på tværs, informationsoplæg, kommunale repræsentanter ved ansættelsessamtaler i APU, fælles faglige arrangementer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Netværksmøder i opstart, midten og afslutning af forløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 'Samskabte' aktiviteter på tværs af kommunale RC'er og APU, fx motivationsgruppe</li> </ul>

Kilde: Region Hovedstatens Psykiatri, 2020.

Som det fremgår af tabel 2.1, så består modellen af både nogle faste elementer og understøttende aktiviteter i samarbejdet. De unge vil fra starten få tildelt en kontaktperson i begge sektorer, som er en 'tovholder' i APU og en 'casemanager' i de kommunale RC'er. Rollerne indebærer, at tovholder og casemanager har ansvaret for at koordinere, planlægge og følge op på behandlingen i henholdsvis APU og kommunalt RC samt at inddrage andre relevante aktører, fx pårørende, sagsbehandler og mentor. Det er et væsentligt element i rollen som tovholder og casemanager, at der tages udgangspunkt i de unges behov og ønsker i planlægningen og justeringen af behandlingsforløbet. Desuden afholdes der tre fastlagte netværksmøder ved opstart, midten og afslutningen af et behandlingsforløb. Ved alle netværksmøder deltager den unge, casemanager og tovholder samt andre relevante aktører. Til det første netværksmøde planlægges behandlingsforløbet i henholdsvis APU og kommunalt RC samt andre relevante indsatser i fx jobcenter, uddannelses-, aktivitets- og samværstilbud. Ved netværksmøder, som afholdes i midten af forløbet, følges op på behandlingsforløb, aftaler, ansvarsfordeling m.m. Til det sidste netværksmøde tilrettelægges og aftales en plan for den unges afslutning og videre forløb.

Samarbejdet er desuden baseret på en række fælles principper og tilgange, som indebærer, at den unge altid er velkommen og aldrig bliver afvist, men hjælpes godt videre til anden behandling, hvis APU/kommunalt RC ikke er det rette tilbud. Recovery-orienteringen indebærer blandt andet, at den unge bliver mødt med en tro på, at det er muligt at komme sig helt eller delvist, og at der tages udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. For at understøtte samarbejdet på tværs afholdes også en række samarbejdsunderstøttende aktiviteter, blandt andet fælles ledermøder, lægemøder på tværs, informationsoplæg om APU til rusmiddelcentrene, kommunale repræsentanter ved ansættelsessamtaler i APU, fælles faglige arrangementer og samskabte behandlingstilbud som fx motivationsgruppen. Motivationsgruppen afholdes i APU af en fagprofessionel fra kommunalt RC og APU, som sammen er ansvarlige for behandlingstilbuddet (Region Hovedstatens Psykiatri, 2020: 9-10).

Et behandlingsforløb i APU er fastsat til 25 pakketimer (dog 50 timer for ustabil personlighedsforstyrrelse), som vil variere, alt efter hvad den unge har brug for. Behandlingsforløbet i APU indebærer visitation, udredning, behandlingsplan, lægesamtale og muligheden for individuelle samtaler, netværksmøder og gruppeterapi. Behandlingsforløbet foregår i tre faser med opstart, behandling og afslutning, som det fremgår af tabel 2.2.

**Tabel 1.2** Oversigt over individuelle og gruppeterapeutiske aktiviteter i APU

Opstart	Behandling	Afslutning
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Indledende vurdering/udredning</li><li>▪ Lægesamtale</li><li>▪ Caseformulering</li><li>▪ Forberedende møde</li><li>▪ 1. netværksmøde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Psykoterapeutisk behandling – individuelle og gruppebaserede indsatser</li><li>▪ Lægesamtale</li><li>▪ 2. netværksmøde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 3. netværksmøde</li><li>▪ Individuel samtale</li></ul>

Kilde: Region Hovedstatens Psykiatri, 2020.

I opstarten af et forløb i APU vil den unge typisk være henvist fra læge/psykiater tilknyttet kommunalt RC. APU indkalder herefter til en indledende samtale, hvor det vurderes, om den unge skal i behandling i APU, hvor der blandt andet foretages udredning på baggrund af det diagnostiske klassifikationssystem ICD-10. Det vil også være muligt at få psykofarmakologisk behandling, hvor brugeren i opstarten tilbydes en lægesamtale med psykiater/læge i APU. Den medicinske behandling vil her blive tilrettelagt og koordineret med læge/psykiater i kommunalt RC. Den unge vil desuden få foretaget en caseformulering og have sit første netværksmøde med tovholder i APU, casemanager i kommunalt RC samt andre relevante aktører. Inden det første netværksmøde vil tovholder fra APU og casemanager fra kommunalt RC have afholdt et forberedende møde, typisk telefonisk. Det er også muligt at deltage i en introgruppe, hvor patient og pårørende får præ-senteret formålet og indholdet i behandlingstilbuddet.

I anden fase påbegynder selve behandlingen, hvor de unge tilbydes en række individuelle samtaler ved tovholder, netværksmøder og gruppeterapi. Det er overordnet set et standardiseret psykoterapeutisk behandlingstilbud baseret på en adfærdsterapeutisk tilgang, hvor det præcise indhold i behandlingen tilpasses efter den unges individuelle behov. De individuelle indsatser i behandlingskonceptet består af samtaler med tovholder, lægesamtaler, socialfaglig rådgivning, børnesamtaler, pårørendesamtaler og gruppeforberedende samtaler. Gruppeterapien består af gruppeforløb med Dialektisk Adfærdsterapi – Færdighedstræning (DAT-gruppe) og/eller et forløb med Ruminationsfokuseret Kognitiv Adfærdsterapi (RFKAT-gruppe) og/eller Kropsgruppe og/eller motivationsgruppe og/eller ”gå-gruppe” og/eller recovery-gruppe med peer-støtte. Gruppeterapien tilbydes på tværs af psykiske lidelser og er åben med løbende optag.

Den afsluttende del af behandlingen indeholder et netværksmøde og en afsluttende samtale med tovholder i APU, hvor de unges videre forløb og afslutning koordineres og planlægges.

## 2 Metode og data

Datamaterialet består af individuelle kvalitative interviews med unge i APU og fokus-gruppeinterviews med fagprofessionelle i APU og kommunale RC'er, samt et individuelt interview med en fagprofessionel i RC. Desuden er der gennemført et gruppeinterview med pårørende fra et pårørendepanel i regi af Ungealliancen, som i mindre omfang inddrages i analysen. I det følgende afsnit præsenteres rekrutteringen af interviewpersoner samt tilgangen til indsamling af data.

### 2.1 Individuelle interviews med unge og gruppeinterviews med pårørende

Der er i alt gennemført otte interviews med unge i APU, hvoraf det ene kun er delvist gennemført, da det blev afbrudt efter ca. 15 minutter. De unge er i alderen 18-25 år, og er alle henvist og har startet forløb i APU. Det varierer, hvor langt de er inde i deres behandlingsforløb, hvor to lige er startet, tre er ca. i midten af deres forløb, og tre er ved at afslutte.

Det er medarbejdere fra APU, der har stået for rekrutteringen af de unge til interviews, og oprindeligt var planlagt 11 interviews med unge i APU, hvoraf otte er lykkedes at gennemføre. I de tilfælde, hvor de unge enten ikke er mødt op eller ikke tog telefonen, er der lavet nye aftaler, hvor det var muligt. For at sikre fleksibiliteten for de unge, så har de fået tilbudt at medvirke i interviews enten over telefon eller med fysisk fremmøde. Størstedelen valgte telefoninterviews, hvor to ud af de otte er interviewet fysisk på Stolpegård og de resterende over telefon. Alle interviewpersoner har fået forklaret mundtligt og modtaget et informationsbrev fra VIVE om evalueringen og databehandlingen. Da det er medarbejdere fra APU, som har stået for rekrutteringen af interviewpersoner, har vi ikke kunnet garantere deltagerne anonymitet, men da det er et sensitivt emne, som interviewene beskæftiger sig med, har VIVE valgt at sløre og ændre nogle karakteristika for at gøre de unge mindre identificerbare. Dette er ikke karakteristika, som har betydning for de analytiske pointer. Alle navne på de unge er således pseudonymer, og der er ændret faktuelle oplysninger, som ville kunne bidrage til at identificere dem. Ligeledes fremgår det ikke, hvilket kommunalt RC de hører til.

De gennemførte interviews varer fra 15 minutter til 2 timer og er alle optaget på diktafon. Interviewene blev gennemført med brug af en semi-struktureret interviewguide med en række temaer og spørgsmål, men samtidig med åbenhed for at give de unge god mulighed for at fortælle om deres erfaringer og personlige oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Med denne tilgang til interviewene har det således været muligt at få indsigt i erfaringer og oplevelser med behandlingen i APU, som vi ikke på forhånd har været bekendt med. I interviewguiden har vi været igennem følgende temaer med en række underspørgsmål på tværs af alle interviewene med de unge:

- Baggrund og erfaringer med behandling
- Motivation for opstart i APU
- Oplevelse og erfaringer med behandling i APU/kommunalt RC

- Oplevelsen af samarbejdet mellem APU og kommunalt RC
- Relation og roller i behandlingsforløbet.

Ud over de individuelle interviews med unge i APU er der gennemført et gruppeinterview med pårørende til unge med dobbeltdiagnose. Det er således ikke pårørende til unge i APU, men interviewet har haft fokus på pårørendes mere overordnede erfaringer med behandling og indsatser til målgruppen. Det skulle oprindeligt have været en fokusgruppe med seks deltagere, men på grund af afbud endte det med at blive et gruppeinterview med to deltagere. Derfor anvendes dette interview også i mindre grad som datagrundlag i analysen, men inddrages til at underbygge pointer, som også viser sig i materialet med de unge. I gruppeinterviewet har interviewguiden været struktureret omkring følgende temaer:

- Oplevelser og erfaringer som pårørende
- Oplevelser og erfaringer med behandling
- Oplevelse af samarbejdet mellem psykiatri og kommunal rusmiddelbehandling
- Det 'gode' behandlingsforløb.

## 2.2 Fokusgruppeinterviews med fagprofessionelle

Der er gennemført fokusgruppeinterviews og et individuelt interview med fagprofessionelle fra APU og kommunale RC'er. I den første fokusgruppe deltog seks fagprofessionelle fra APU med forskellige baggrunde, fx psykologer, ergo- og fysioterapeuter, peer-medarbejder og socialrådgiver. Disse fagprofessionelle har desuden efteruddannelse/specialuddannelse inden for det psykoterapeutiske område, og alle de medvirkende arbejder som behandlere og tovholdere for unge i APU. I den anden fokusgruppe deltog tre fagprofessionelle fra tre forskellige rusmiddelcentre og et individuelt interview med en fagprofessionel fra et fjerde rusmiddelcenter, som alle er casemanagere for unge i APU. Denne gruppe af fagprofessionelle dækker over psykologer og pædagoger med specialuddannelse inden for rusmiddelbehandling.

Det er en AC-medarbejder fra APU, som har stået for at rekruttere de fagprofessionelle til interviews, og derfor har vi heller ikke garanteret disse deltageres anonymitet. Alligevel har det været væsentligt for VIVE at sløre nogle karakteristika for at gøre deltagerne mindre identificerbare. Eksempelvis bliver de i analysen omtalt som 'fagprofessionelle', 'tovholder' eller 'casemanager' fra enten APU eller kommunalt RC, og deres køn og alder nævnes ikke. Desuden er der kun enkelte deltagere fra hvert kommunalt RC, så derfor nævnes disse kommuner eller centre heller ikke ved navn. Det vil dog fremgå, om de fagprofessionelle kommer fra et større eller mindre kommunalt RC. Alle interviewpersoner har fået mundtligt formidlet og modtaget et informationsbrev fra VIVE om evalueringen og databehandlingen. Fokusgruppeinterviews og det individuelle interview er struktureret omkring forskellige temaer med en række underspørgsmål, men også i disse interviews har det været væsentligt at give de fagprofessionelle mulighed for at fortælle om og diskutere deres oplevelser og perspektiver med hinanden. I alle interviews har vi været omkring følgende temaer:

- Præsentation og baggrund
- Oplevelser og erfaringer med behandling i APU/kommunalt RC
- Samarbejde, roller og ansvar i APU/kommunalt RC
- Relation mellem fagprofessionel og ung
- Fremtidige ønsker for samarbejdet og behandlingen.

## 2.3 Datamaterialets begrænsninger

Dataindsamlingen har været udfordret af, at det har været vanskeligt at rekruttere unge med dobbeltdiagnose til interviews. Det er en gruppe, som er et svært sted i deres liv og modtager behandling for nogle komplekse og sammensatte problemer, hvilket kan gøre det svært at deltage i meget andet ud over deres behandling. Derfor er vi heller ikke lykkedes med at gennemføre lige så mange interviews med unge som planlagt, da vi oprindeligt havde et mål om at gennemføre 10-15 interviews. På trods af vanskeligheder med at rekruttere har de gennemførte interviews været omkring alle temaerne i interviewguiden samt frembragt nye perspektiver. Det er dog centralt at forholde sig til, at analysen med de unge baserer sig på interviews med otte deltagere, og det er således deres subjektive oplevelser, der fremstilles i analysen. Derfor er der også dele af behandlingen i APU/kommunalt RC, som analysen ikke kan sige noget om, da de medvirkende unge ikke har deltaget i disse behandlingstilbud, eller også er det en enkelt ung, som har erfaringer med fx 'motivationsgruppe', 'recovery-gruppe' eller 'kropsgruppe', hvorfor disse behandlingstilbud ikke belyses i analysen. Desuden er det også væsentligt at forholde sig til, at der i interviewene kan være en overvægt af deltagere, som har positive erfaringer med behandlingen i APU. Det er alle unge i APU, som har fået tilbudt at deltage i undersøgelsen, men det kan være, at dem med positive erfaringer har været mere tilbøjelige til at ville dele dem og derved stille op til interview. Ligeledes har vi heller ikke interviewet de unge, som er stoppet i APU, og har således ikke haft mulighed for at afdække mulige grunde til deres fravalg af behandlingen.

Det er også kun fire ud af de 10 kommunale RC'er, som APU samarbejder med, der indgår i datamaterialet. Det er også blot en enkelt fagprofessionel, som deltager fra hver af de fire kommunale RC'er, hvorfor det er vigtigt at understrege, at det er deres individuelle og subjektive oplevelser, frem for at de repræsenterer erfaringer og oplevelser fra hele det kommunale RC, som de kommer fra. I fokusgruppen og det individuelle interview med fagprofessionelle fra de kommunale RC'er har det været centralt at tale om deres fælles og forskellige oplevelser, som vil relatere sig til dem som enkeltpersoner, men også i forhold til, at de lokale kommunale RC'er er ret forskellige. Eksempelvis er det meget varierende, hvor mange individuelle og gruppebaserede behandlingstilbud, som de har i de lokale kommunale RC'er, og det har ikke været formålet med denne undersøgelse at gå i detaljer med disse variationer. Forskellene bliver dog påpeget i analysen, når det har relevans for den analytiske pointe. På samme måde er det heller ikke alle fagprofessionelle i APU, som har deltaget i fokusgruppen, hvorfor analysen repræsenterer de medvirkendes perspektiver. Ligeledes har der ikke deltaget fagprofessionelle med ledelsesansvar, hvorfor dette ikke er et fokus i analysen.



## 3 De unges oplevelser og erfaringer

I det følgende præsenteres de unges tidligere erfaring med behandling og deres oplevelser med henvisning, opstart og behandlingsforløb i APU/kommunalt RC, samt hvilke elementer i de individuelle og gruppebaseret indsatser de fremhæver som særlig betydningsfulde for deres forløb. Desuden præsenteres de unges oplevelse af samarbejdet mellem APU og kommunale RC'er samt deres oplevelse af afslutningen og udbyttet af det tværsektorielle behandlingsforløb.

### 3.1 Unges motivation og opstart

#### 3.1.1 Tidligere erfaringer med behandling

De unge beskriver alle, at de tidligere har oplevet en række strukturelle og relationelle barrierer i forhold til at modtage støtte og behandling for både deres rusmiddelproblematik og psykiske vanskeligheder. På trods af, at disse erfaringer ligger tilbage i tiden og ikke direkte relaterer sig til deres behandling i APU, så er de alligevel vigtige at forholde sig til, da disse erfaringer har været med til at forme de unges opstart og syn på APU samt samarbejdet med rusmiddelcentrene.

De strukturelle barrierer relaterer sig til organisering af behandling og indsatser til denne målgruppe samt lovgivning, forvaltning og faglige områder. Det kan fx være udfordringen med at få adgang til psykiatrisk udredning, når de unge samtidig har et misbrug. De relationelle barrierer knytter sig mere til de oplevelser, som de unge har haft i mødet med psykiatere, læger, rusmiddelkonsulenter, sagsbehandlere, psykologer eller andre fagprofessionelle. Det kan fx være oplevelser med at være blevet mødt på en dømmende eller afvisende måde af fagprofessionelle, hvilket de unge i højere grad knytter til enkelte personer end systemet som helhed. De strukturelle og relationelle forhold hænger naturligvis tæt sammen, og de unge beskriver ofte tidligere negative oplevelser med henvisning til både strukturelle og relationelle omstændigheder.

De unge interviewpersoner har alle oplevet at blive afvist af behandlere i psykiatrien med henvisning til, at psykiatrien ikke har kunne udrede eller tilbyde behandling, så længe de har haft et misbrug. For flere af de unge har det betydet, at de aldrig har været i psykiatrisk behandling, og for andre er de begyndt i behandling, som så er blevet afbrudt med henvisning til deres misbrug. Dette er fx tilfældet for den 18-årige Anton. Han beskriver i et interview, hvordan han siden 15-års alderen har haft det dårligt psykisk med depression, angst og selvmordstanker, hvorfor han for to år siden opsøgte hjælp i psykiatrien:

*Anton: De lavede en udredning, men den blev aldrig færdiggjort, for de glemte mig ad flere omgange faktisk, og jeg blev... altså til sidst, så gad jeg ikke mere, men begyndte så i noget DAT-forløb i gruppe, men det var for meget i forhold til, hvad jeg kunne holde til (...). Jeg blev så sat op til et netværksmøde ude i psykiatrien, lige inden at jeg sluttede derude, og de vidste godt, at jeg røg hash, og de havde sagt, at det ikke var et problem, men så ud af det blå, hvor vi så møder op, så siger de, at de kan intet gøre for mig, fordi at jeg ryger hash. Det måtte de simpelthen ikke, altså de måtte ikke snakke med mig mere, for jeg*



*kunne jo få en psykose og bla bla bla ..., øhh og så var det (APU) den eneste mulighed, der lå tæt på, som ikke ville have et problem med, at jeg røg hash og fik hjælp samtidig, ik'.*

*Interviewer: Hvordan oplevede du det forløb?*

*Anton: Altså der blev jeg sur, og jeg kunne ikke se, hvorfor jeg ikke kunne bede om hjælp.*

*Interviewer: Nej ... Hvad skete der så efter det?*

*Anton: Jeg tror, vi fik lavet et netværksmøde nede ved min sagsbehandler sammen med min misbrugskonsulent og kontaktperson, og så fik vi aftalt, at jeg skulle søge ind på APU. (...) Jeg var lidt opgivende efter alt det der og regnede ikke med, at der var særligt meget håb. (...) Det gik bare ned ad bakke med selvisolation, cutting, og jeg ved ikke lige, hvad jeg skal kalde det, men da jeg stoppede (i psykiatrien) lige inden APU, der tror jeg bare, jeg gav op og havde ikke energien til at kæmpe.*

Anton beskriver her oplevelser, der både knytter sig til strukturelle og relationelle barrierer. En strukturel barriere er fx organisering og den manglende integrering af den indsats, som Anton har fået tilbudt i psykiatrien i form af et gruppeforløb, der kun fokuserede på de psykiske aspekter. Han oplever både, at et gruppeforløb ikke var den rette indsats for ham, og at den manglende integrering af misbrugs- og psykiatrisk behandling er en barriere for, at han har fået den rette behandling. I Antons fortælling er det tydeligt, at han også tilskriver relationen og enkelte behandlere dele af ansvaret for den manglende hjælp, når han fx siger: "Og de vidste godt, at jeg røg hash og de havde sagt, at det ikke var et problem, men så ud af det blå, hvor vi så møder op, så siger de, at de kan intet gøre for mig fordi, at jeg ryger hash". Disse tidlige oplevelser af både strukturelle og relationelle barrierer for den rette behandling beretter alle interviewpersonerne om. I et andet eksempel forklarer 23-årige Jeppe, at den første gang, han opsøger hjælp for sine depressive symptomer, er på den psykiatriske skadestue, hvor han bliver afvist på grund af sit hashmisbrug:

*Jeg tænkte bare, at jeg skal af med mit misbrug og være clean i de der tre måneder for at få noget psykiatrisk hjælp. Det sagde de der på skadestuen, at jeg skulle, for at de kunne udrede mig, og det sagde de så ude på misbrugscenteret, at det er fis i en hornlygte, for det er kun en måned eller 1,5 måned, men så kom jeg så derud (på misbrugscenteret), hvor de fortalte mig om APU. (Jeppe, ung i APU)*

Flere af de unge fortæller som Jeppe, at de har oplevet disse afvisninger i mødet med psykiatrien, men også, at den viden og information, som de har modtaget fra fagprofessionelle i psykiatrien og kommunale RC'er, har været modstridende eller ukorrekte. Flere af de unge har således, inden de starter i APU, delvist mistet troen på og tilliden til, at 'systemet' og de fagprofessionelle i fx psykiatrien og kommunale RC'er kan hjælpe dem.

De har skullet bruge mange personlige ressourcer på at få hjælp, og det går igen i flere interviews, at de beskriver deres første møder med psykiatrien og kommunalt RC samt

vejen til den rette hjælp som 'en kamp'. Eksempelvis fortæller 25-årige Kim, at det var vanskeligt at få lov til at starte i APU, da det krævede tilknytning til et af de kommunale RC'er, der samarbejder med APU:

*Jeg var meget glad for det, da jeg endelig kunne starte (i APU), for det havde være en lang proces overhovedet at få lov at starte, for den gang var det (APU) ikke et tilbud i min kommune endnu, så jeg brugte et par måneder på at komme uden om det (...). På rusmiddelcenteret skulle jeg insistere på, at jeg havde krav på at vælge behandlingssted selv, og det var de (i rusmiddelcenteret) lidt forvirrede omkring til at starte med, indtil at jeg sagde ordret eller fik det formuleret på en helt specifik måde, at jeg selv kunne vælge behandlingssted (...). De (rusmiddelcenteret) er ikke så vant til, at folk kræver det ... Jeg blev afvist første gang, og jeg ringer igen, hvor jeg så har fået den rigtige formulering, og der virkede det så. (Kim, ung i APU)*

Flere unge beskriver som Kim, at de selv og/eller deres pårørende gentagne gange har mødt en række strukturelle barrierer, der knytter sig til organiseringen af indsatserne eller forvaltningen af lovgivningen. Disse strukturelle barrierer oplever de unge dog også har udmøntet sig i en række relationelle udfordringer til de fagprofessionelle, hvor flere unge beskriver, at de har oplevet selv at skulle "insistere" på behandling samt have ressourcerne til at sætte sig ind i deres lovgivningsmæssige rettigheder. Som Kim beskriver, så har indgangen til den rette behandling både krævet indsigt i lovgivningen og at kunne formulere samt omsætte egne behov, så de passer ind i behandlingens organisatoriske rammesætning og inklusionskriterier snarere end de unges egentlig behov for hjælp. For både de unge og deres pårørende har disse oplevelser betydet, at behandlingssystemet og dermed også de fagprofessionelle risikerer at komme til at repræsentere en gruppe af modstandere, der ikke nødvendigvis er på de unges og deres pårørendes side.

Modstanden er også meget fremtrædende i det gruppeinterview, der er gennemført med pårørende til unge med dobbeltdiagnose. Eksempelvis fortæller to pårørende, at de efter mange års rolle som 'tovholder' i deres børns forløb i både kommunalt og regionalt regi oplever, at særligt kommunen i dette tilfælde ikke er samarbejdsvillig og opleves som en modstander:

*Ting var så langt ude, han havde været placeret i forskellige ungdomsboliger og blev involveret i kriminelle løbebaner (...) og jeg ville egentlig bare gerne have, at han skulle have et ordentligt bosted, men kommunen var ikke samarbejdsvillige, så jeg hyrede faktisk en advokat, og det var hende, som til sidst fik kæmpet Stofrådgivningen igennem (...), og de blev ved med at sige, at han alligevel ville gå derfra, som var hans historik, og jeg var sådan lidt – havde de regnet med, at han blev helbredt, og hans diagnoser og problemer bare ville forsvinde, hvor jeg var sådan som pårørende, jamen kunne det være, at det ikke havde været det rette tilbud, at han ikke blev mødt med den rette tilgang. (Pårørende til ung)*

De pårørende beskriver også en lang række af de samme strukturelle og relationelle barrierer som de unge i APU, hvor deres børn også gentagne gange er blevet afvist i behandlingen i psykiatrien på grund af deres misbrug, og de har en lang række erfaringer

med, at deres børn har været placeret i behandling, tilbud eller på institutioner, hvor det ikke har være målrettet deres psykiske vanskeligheder og misbrug samtidig. Eksempelvis forklarer en pårørende, at de har oplevet, at ingen i kommunen eller psykiatrien ville tage ansvaret for at tilbyde den hjælp og behandling, som den unge havde brug for:

*Jeg tænker i hvert fald, at den her med, at man ikke som ung og som pårørende kommer hen og bliver mødt af, at det er ikke her, men det er der, altså den der kamp med, 'hvem er det, der har den?'. I hvert fald kunne det være rart, hvis der var nogen, som tog én i hånden og sagde: 'Ved du hvad, det finder jeg ud af for dig', så man ikke igen bliver tovholder, så hvis det ikke er den rigtige dør, så få hjælp til at komme hen til den rigtige dør. (Pårørende til ung)*

Som det også nævnes i citatet, så oplever de pårørende, at det er dem, der får ansvaret for de unges behandling og koordineringen af den, hvilket de understreger har haft mange omkostninger for dem og deres familier: "Det er i den grad os som pårørende, der er tovholder, og det har haft store omkostninger – det har det virkelig" (Pårørende til ung). Denne rolle som tovholder indebærer en lang række praktiske ting og at koordinere på tværs af fagprofessionelle, men også at tage vare på den unges økonomi, boligsituation, møder med fagprofessionelle osv. De pårørende forklarer, at de ønsker at være en del af de unges behandlingsforløb, men ikke i rollen som tovholder, da det er ødelæggende for deres relation til den unge, deres eget liv og familien som helhed.

### **Erfaringer med opstart i APU**

For flere af de unge i APU har vejen til behandling for deres dobbeltdiagnose således været præget af usikkerhed, tvivl, ventetid og afvisninger i systemet, hvilket påvirker deres indgang til APU. Eksempelvis beskriver 23-årige Jeppe, at han efter tidligere oplevelser med misinformation, misforståelser og afvisninger i psykiatrien er ved at miste tålmodigheden og troen på, at han faktisk kan starte i APU:

*Jeg havde forstået det på Janni (læge tilknyttet rusmiddelcenteret), at så startede man derude (i APU) med det samme, men jeg får så at vide 2-3 måneder efter, at man først skal sende en ansøgning ind (dvs. henvisning), og at man så skal igennem en hel proces inden, at man så kan starte op der (i APU), og der mistede jeg håbet, for jeg havde stoppet mit misbrug for, at jeg kunne komme til det her punkt, at hvis jeg får min udredning for depression i midten af september, og så starter i APU i oktober, så kunne jeg godt lige holde de der to uger mere uden at ryge, og så fik jeg så det der at vide, og så var jeg sådan lidt, så mistede jeg lidt håbet, for så var jeg sådan, okay, så kan jeg ligeså godt ryge igen, og så var det jo, at jeg gik i lang tid, føler jeg i hvert fald selv, fra at de (rusmiddelcenteret) havde sendt ansøgningen til (dvs. henvisningen), til at jeg fik noget at vide om opstart og sådan noget herude (i APU). (Jeppe, ung i APU)*

Flere af de unge har en oplevelse af, at de har været igennem et længere forløb fra den første gang, at de opsøger hjælp for deres misbrug og/eller psykiske vanskeligheder, og til de så bliver præsenteret for APU og samarbejdet med rusmiddelcenteret. Som det

fremgår af citatet, kommer disse negative oplevelser af misforståelser, modsatrettet information og ventetid også til at påvirke deres syn på opstarten i APU. Jeppe beskriver fx, hvordan han oplever, at han virkelig har brug for hjælp, og for ham bliver udsigten til mere ventetid i forbindelse med opstarten i APU det, der får ham til at miste "håbet" og genoptage sit hashmisbrug. I forskningen er det beskrevet, hvordan der ofte kan være et misforhold mellem de unges subjektive oplevelse af rettidig hjælp og den mere objektive 'bureaukratiske' organisering af tid og rettidig indsats (Andersen & Bengtsson, 2019). Behandlingen og indsatsen er bureaukratisk organiseret og vil typisk operere gennem en mere objektiv og lineær forståelse af tid, hvor eksempelvis ventetid og behandlingstid på en henvisning er rammesat til at være et bestemt antal uger. Som i Jeppe's situation opleves denne lineære organisering af tid at være i uoverensstemmelse med hans subjektive behov for hjælp 'her og nu'. De fagprofessionelle vil måske have en oplevelse af, at de har tilbudt en rettidig behandling og indsats til Jeppe, da de har fulgt 'bureaukratiske' retningslinjer for tid i forhold til behandlingen af hans henvisning, mens Jeppe oplever et svigt, da han ikke tilbydes rettidig hjælp ud fra hans subjektive behov, dvs. behandling 'her og nu'. Denne manglende synkronisering mellem behandlingens bureaukratiske organisering af tid og de unges oplevelse af at få den rette hjælp på det rigtige tidspunkt er en problemstilling, der beskrives af flere af de unge i interviewene, og som også er en velkendt og belyst problemstilling på andre områder (Andersen & Bengtsson 2019). Derfor er det også centralt, at behandlingstilbud inden for de lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer, så vidt det er muligt, forsøger at indbygge denne sensitivitet i forhold til de unges hverdagsliv og subjektive oplevelse af rettighed hjælp i forhold til deres behov. Denne sensitivitet og tilpasning oplever nogle unge, at de fagprofessionelle i rusmiddelcenteret og APU har justeret behandlingstilbuddet efter. Eksempelvis forklarer 22-årige Mads, at den første gang, at han blev informeret og tilbudt forløb i APU, ikke var klar til det:

*Det kunne egentlig godt have gået hurtigere, men jeg tror, at jeg var lidt tilbageholdende på det tidspunkt, for jeg havde lidt svært ved at have en psykisk lidelse, for det var nyt for mig, og jeg skulle lige vænne mig til det, og så havde jeg det også bare virkelig dårligt på det tidspunkt, hvor jeg blev indskrevet, jeg var virkelig depressiv, så jeg føler ikke, at jeg havde overskud til at starte på noget nyt og stort på det tidspunkt. (Mads, ung i APU)*

I citater forklarer Mads, hvordan hans indgang og opstart i APU blev tilrettelagt efter, hvornår han selv følte sig klar til det, hvilket han beskriver som en positiv oplevelse og med stor betydning for, at han senere fik behandling i APU. Mads har således oplevet, at behandlerne har inddraget og lyttet til, hvornår og hvordan han gerne ville have støtte på det pågældende tidspunkt, hvilket betød en udsættelse af hans ellers planlagte opstart og aktiviteter i APU. Derfor har det stor betydning for de unges videre oplevelse af behandlingen i APU, at der er en sensitivitet og synkronisering mellem de unges oplevelse af rettidig behandling og 'systemets' mere objektive og lineære organisering af tid. På grund af at de unge ofte har erfaringer fra tidligere, hvor der ikke har været en sådan synkronisering og sensitivitet i forhold til deres behov, så bliver det for flere af de unge meget vigtigt, at de allerede i deres opstart i APU bliver mødt på en radikalt anderledes måde. Eksempelvis beskriver 23-årige Jeppe, at han oplever en lang periode, hvor han er usikker på, om han får lov at starte i APU:

*Jeg var stadig sådan rimelig usikker; først så tænkte jeg sådan, at når jeg skulle havde det møde, så var det nok, fordi at jeg var inde, men vi havde så den samtale, hvor han (tovholder) så slutter af med at sige, at han skal på lægekongference, hvor de så vil tage det op der om, hvorvidt det er rigtigt for mig at være herude (i APU); så det blev ligesom lidt ved med at blive udskudt, og jeg gik sådan i venteposition og var usikker på: bliver det her til noget eller ej. (Jeppe, ung i APU)*

Som citatet også viser, så oplever flere af de unge, at vejen til opstart i APU har været lang, og for flere af dem, som det er tilfældet med Jeppe, så er de ikke nødvendigvis udredt for deres psykiske vanskeligheder, når de kommer til APU. Jeppe beskriver her det indledende forløb i APU, hvor han har haft et møde med sin behandler fra rusmiddelcenteret og en psykolog fra APU. Som det fremgår af citatet, bliver det indledende forløb i APU endnu en oplevelse for Jeppe af, at han skal vente, og også forbundet med bekymring om en potentiel afvisning, som er de erfaringer, han ellers har fra psykiatrien. På den måde kommer de unges tidligere erfaringer med behandlingssystemet til at præge deres oplevelse af opstarten og det indledende forløb i APU.

Flere unge beskriver, at når de er kommet ind i APU, har de svært ved at tro på, at det faktisk er et integreret behandlingstilbud, hvor de kan få hjælp til både deres psykiske vanskeligheder og misbrug samtidig. Denne indledningsvise skepsis og bekymring oplever 23-årige Sasha eksempelvis. Hun forklarer, at hun på grund af tidligere afvisninger i psykiatrien, dårlige oplevelser med gruppeforløb og manglende samarbejde mellem psykiatrien og rusmiddelcenteret var ambivalent, da hun begyndte i APU:

*Jeg var meget ambivalent omkring at starte (i APU), kan jeg godt ærligt indrømme... fordi jeg også tidligere var blevet afvist i den normale psykiatri, så tænkte jeg bare, at det var mærkeligt, at der var noget, hvor at man kunne samarbejde mellem misbrugscenteret og psykiatri, og også alt det der med gruppeløsning, det havde jeg det også svært med, for jeg har haft det svært med at gå i grupper før hen. (Sasha, ung i APU)*

I citatet beskriver Sasha, at hun indledningsvis i sit forløb i APU havde svært ved at tro på, at det overhovedet var muligt, at der var et samarbejde mellem rusmiddelcenteret og APU, hvilket også understreger usikkerheden og bekymringerne, som de unge har, når de starter i APU. Denne manglende tillid og usikkerhed i forhold til, hvilken behandling og hjælp de unge vil modtage i APU, går igen i flere af interviewene. Denne usikkerhed knytter sig både til samarbejdet mellem APU og rusmiddelcentrene, men for flere af de unge har de også været forbeholdne i forhold til at modtage gruppeterapi, hvilket flere af de unge, som Sasha, har dårlige erfaringer med fra tidligere. Disse dårlige erfaringer, som de unge beskriver er ret forskellige og både knytter sig til, at de ikke oplever at have fået et udbytte eller ikke selv har været klar til at tage imod behandlingen, og andre oplever, at det har været "grænseoverskridende" og "for personligt" uden ordentlig understøttelse fra professionelle. Flere beskriver også, at deres tidligere erfaringer med gruppeterapi i fx rusmiddelcentrene har være udmærket, men at de ikke oplevede, at det var tilstrækkeligt målrettet både deres misbrug og psykiske vanskeligheder. Andre unge beskriver meget klart, at gruppeterapi ikke er noget for dem, da de oplever at have forsøgt det for mange gange i andre sammenhænge uden udbytte:

*Jeg er bare ikke til det der gruppeterapi, og de tror alle sammen, at det er, fordi at jeg ikke kan lide at dele personlige ting eller skammer mig over noget, men det har intet med det at gøre, jeg føler bare ikke, at jeg får noget ud af det. (Nanna, ung i APU)*

Disse erfaringer har således for nogle unge betydet, at de har valgt ikke at modtage gruppeterapi i APU, og for andre har de skullet overvinde disse negative oplevelser og forestillinger, hvilket flere af de unge beskriver, at deres tovholder i APU og deres casemanager i rusmiddelcenteret har hjulpet dem med. Eksempelvis beskriver 21-årige Søren:

*Jeg var meget sådan i starten, at der var jeg sådan lidt overvældet og tænkte, okay, er den virkelig så gal med mig? Men der var han (tovholder i APU) meget god til ligesom at få mig til at forstå, at det var sådan set meget normalt, at man skal arbejde med sig selv, ik? (...) Jeg ved ikke, om det var skræmmende, men jeg har prøvet at gå til psykolog før, hvor jeg fik nogle dårlige oplevelser, og så er det også det der med, at jeg er ikke så glad for at møde nye mennesker, så det der med at starte i en gruppe, det var sådan lige lidt ... men jeg er glad for, at jeg gjorde det. (Søren, ung i APU)*

For enkelte af de unge knytter den specifikke bekymring om gruppeterapi sig således både til deres tidligere negative erfaringer, og også at de selv er i en proces, hvor de stadig synes, at det er svært at forholde sig til den psykiatriske diagnose, som de har fået. For nogle af de unge er det forbundet med tabu at have en psykiatrisk diagnose, og de har brug for, at nogle i deres omgivelser normaliserer det for dem. I citatet med Søren forklarer han, hvordan hans tovholder i APU har påtaget sig denne rolle, hvilket har været vigtigt for Søren's opstart. Vi ved fra forskningen, at det stadigvæk er forbundet med stigmatisering for de unge at have en psykiatrisk diagnose, og for mange kan forestillinger om potentiel stigmatisering fra omverdenen i sig selv virke adfærdsregulerende (Fraser et al., 2017; Prior, 2012; Goffman, 1963) og derved også blive en barriere for behandling. Eksempelvis beskriver 22-årige Mads, at han i en periode havde svært ved at skulle erkende, at der lå noget psykisk bag ved hans misbrug, hvor forestillinger om potentiel stigmatisering fra andre var en bekymring i forhold til hans opstart i gruppeterapi i APU:

*Jeg kan huske, at jeg sagde til min mor, at jeg godt nok synes, det var sådan lidt, at man skulle i gruppeterapi for angst, at man havde angst. Det var sgu lidt nervepirrende, men min mor var sådan, at det er jo hele meningen med det, og det er det jo også, men jeg tænkte sådan 'åh', jeg syntes, det var grænseoverskridende, det syntes jeg sgu, at det var. (Mads, ung i APU)*

For Mads, der i en længere årrække har været i behandling for sit misbrug af alkohol, er det til gengæld nyt for ham at skulle forholde sig til en angstdiagnose og psykiatrisk behandling. Det er derfor også forbundet med noget "grænseoverskridende" for ham at begynde i gruppeterapi i APU, hvor han skal tale med andre mennesker om angsten. For de unge, som tidligere primært har erfaring fra psykiatrisk behandling, er frygten for stigmatisering i højere grad knyttet til deres misbrug, og som en stigmatisering de frygter fra de fagprofessionelle snarere end meddeltagere i gruppeterapi. Dette kan skyldes, at flere af

de unge har tidligere erfaringer fra psykiatrien med, at de ikke har oplevet det som accepteret at tale om deres misbrug, eller at det har været en barriere for at modtage psykiatrisk udredning og behandling. Dette er eksempelvis tilfældet for 18-årige Anton:

*Jamen det er bare det med, at hash er jo ulovligt, og når de så spørger mig, hvor meget jeg ryger, så er jeg sådan lidt... det synes jeg er svært at tale om, og også når jeg har prøvet at blive meget dømt tidligere i psykiatrien på det.*  
(Anton, ung i APU)

Antons tidligere oplevelse af at blive dømt for sit misbrug i psykiatrien er en erfaring, der betyder, at han også har bekymringer om potentielt at blive mødt på samme måde i APU. Derfor er det også vigtigt, at de unge oplever, at de trygt kan tale om fx deres misbrug, og at de blive mødt med en forståelse for, at det kan være svært for dem at tale åbent om disse ting. Nyere forskning i stigmatisering peger også på, at det ikke nødvendigvis er misbruget eller en psykiatrisk diagnose, de unge oplever som den primære udløser af stigmatisering. I stedet vil det for mange være oplevelsen af, at hvis de på grund af deres stofmisbrug og/eller psykiske vanskeligheder ikke er en aktiv del af uddannelse eller beskæftigelse, så bliver de i mange tilfælde mødt af omverdenen og kommer til at se sig selv som mennesker med lav værdi (Kirkegaard, 2019; Andersen & Kessing, 2019). På den måde knytter stigmatiseringen sig for nogle i højere grad til den manglende deltagelse i uddannelse/beskæftigelse end deres misbrug og psykiske lidelse.

## 3.2 Unges oplevelse af behandling i APU

### 3.2.1 Oplevelsen af individuelle indsatser og relation til tovholder

De unge oplever, at når de har været gennem det indledende forløb med samtaler, vurdering og behandlingsplan i APU, så er det for dem først dér, at deres behandling starter. I deres fortællinger om behandlingen i APU, og hvad der har haft stor betydning for dem og deres oplevede udbytte, så går det igen i interviewene, at deres tovholder har en meget afgørende rolle. Alle de unge beskriver deres første møder med deres tovholder i APU som meget positivt, og for flere af dem oplever de at blive mødt på en radikal anderledes måde, end de ellers har oplevet andre steder i psykiatrien. Eksempelvis beskriver 21-årige Søren, hvordan han husker sit første møde med sin tovholder:

*Han havde vist kigget lidt på nogle papirer fra rusmiddelcenteret om mig inden, men ellers var det sådan meget, som at han mødte en for første gang og ville høre, hvordan jeg oplevede det, hvilket var meget godt, så det ikke bare kører på sådan nogle dokumenter i systemet, ik? Lige ham jeg havde var rigtig sød og venlig, så man ikke sådan blev skræmt væk i starten over sådan nogle psykoterapi, som de kalder det.* (Søren, ung i APU)

For Søren har det en vigtig betydning, at han oplever, at hans første møde med tovholderen "ikke bare kører på sådan dokumenter i systemet", men at han faktisk får lov at fortælle om sine oplevelser og være med til at definere 'problemet'. Denne oplevelse går igen i flere af interviewene, hvor de unge beskriver en god balance mellem, at tovholderne har sat sig ind i deres situation på forhånd, men at de samtidig møder de unge med åbenhed og lydhørhed over for de unges egne fortællinger og oplevelser. Det er

også centralt for flere af de unge, at de oplever at blive mødt af deres tovholder med tålmodighed, og at tovholderen formår at skabe et rum, hvor de unge føler tryghed i forhold til at dele deres fortællinger om både misbrug og psykiske vanskeligheder. Nogle af de unge beskriver, at det er noget nyt for dem, at de har en oplevelse af, at fagprofessionelle i psykiatrien har tid til at lytte til de unges egne oplevelser og forståelse af, hvorfor de fx har fået et misbrug. Eksempelvis fortæller 23-årige Sasha om sit møde med tovholderen i APU, hvor hun har oplevet, at der har været tid til at opbygge en tillidsfuld relation, hvor hun føler, at tovholderen har lyttet og forstået hendes oplevelser og problematikker med både misbrug og depression:

*Så fik hun (tovholderen) en forståelse for, hvad jeg havde været igennem, og hvorfor det var, at jeg var nået til det her med at selvmedicinere og have det ret dårligt, (...) og vi begyndte også at snakke mere om, hvilke nogle ting som gik mig på, og jeg begyndte også at forklare, hvorfor jeg ikke kunne være i mine tanker og følelser. (Sasha, ung i APU)*

Denne oplevelse af at blive forstået er afgørende for de unge, da det for flere af dem er første gang, de oplever, at fagprofessionelle reelt lytter til og adresserer deres misbrug og psykiske vanskeligheder på samme tid. De unge oplever, som Sasha, at tovholderne udviser empati og forståelse for deres situation og inddrager deres perspektiver frem for at dømme og definere deres problemer på forhånd. Denne tryghed og "ikke-dømmende tilgang" har også stor betydning for, om de unge oplever, at de kan tale om deres rusmiddelproblematikker og opsøge hjælp, hvis deres misbrug eksempelvis genoptages eller eskalerer i en periode. De unge fremhæver også, at de oplever stor velvilje og engagement fra de fagprofessionelle i APU, hvilket giver de unge en oplevelse af at blive taget alvorligt:

*Det er de mennesker, der er derude, det er det 100 procent, for det er mennesker, der brænder for det, og jeg går meget op i det her med, at jeg føler, at jeg bliver taget seriøst, og det gør jeg altså virkelig, det føler jeg; jeg bliver mødt på den rigtige måde, når jeg kommer ud og fortæller om, at jeg har det stramt, men jeg ved ikke helt, hvordan jeg skal forklare det, men jeg føler mig bare tryk derude. (Mads, ung i APU)*

Som 22-årige Mads fortæller, så har det en stor betydning for ham, at han kan mærke tovholderen og de andre fagprofessionelles engagement og oprigtighed i forhold til at ville hjælpe ham. Han fremhæver, at det er "de mennesker, der er derude", som har den største betydning for, at han føler sig tryk og "taget seriøst".

De unges oplevelse af at blive mødt på den "rigtige måde" knytter sig blandt andet til, at de har en oplevelse af troværdighed i mødet med de fagprofessionelle. De unge oplever eksempelvis, at når de giver udtryk for en oplevelse, bekymring eller har et behov, så er der nogen, der både lytter til dem, men også inddrager dem og tager informationen med ind i tilrettelæggelsen af deres behandling. Eksempelvis fortæller 25-årige Kim om sådanne bekymringer, og hvordan de er blevet mødt af tovholderen:

*Jeg har fået mistanke om, at jeg måske har noget autisme i stedet for, og det taler vi om, den griber hun (tovholderen i APU), også hvor det ikke handler så meget om diagnosen, men mere prøver at hjælpe mig med at håndtere mig,*



*når jeg har det dårligt (...), og det er jeg egentlig meget glad for, for jeg var ret nervøs for overhovedet at bringe det op og glad for, at vi kunne snakke om det, for hvis jeg så skulle udredes, så skulle jeg jo så stoppe der, og det er vi så blevet enige om, at det skal jeg ikke, for nu er jeg nået så langt, og jeg får nok ud af det til, at det giver mening, at jeg lige færdiggør det her inden, at jeg finder ud af, om jeg skal udredes for det, og det ved jeg ikke en gang, om jeg har lyst til, for det, jeg har brug for, er egentlig nogen at snakke med om de her ting, nogen der kan hjælpe mig. (Kim, ung i APU)*

Kim har en borderline-diagnose, men er efter fire måneder i APU blevet bekymret for, om det er den rette diagnose, eller om *"jeg har noget autisme i stedet for"*. Det har været meget svært for Kim at bringe det op, da det potentielt kan betyde en ny udredningsproces og eksklusion fra APU, der ikke behandler autisme. Som det fremgår af citater, oplever Kim, at tovholderen har reageret meget positivt ved at flytte fokus væk fra diagnosen og *"mere prøver at hjælpe mig med at håndtere mig, når jeg har det dårligt"*. Dette har givet Kim en oplevelse af at blive mødt og inddraget, da tovholderen og Kim fx sammen er blevet enige om, hvordan behandlingsforløbet skal fortsætte. Vi ved fra forskningen, at det er helt afgørende, når man arbejder med inddragelse, at de unge faktisk oplever, at de har reelt adgang til viden, autoritet og social validering i mødet med fagprofessionelle (Kirkegaard & Andersen, 2018). Hvis dette ikke er tilfældet, risikerer inddragelsen blot at blive symbolsk, hvor de unge bliver usikre på, hvilken hjælp de reelt kan forvente at få, og mister samtidig tilliden til de fagprofessionelle. Som det fremgår af ovenstående citat, så har Kim i mødet med tovholderen oplevet at blive socialt valideret i sin bekymring og oplevelse, samtidig med at Kim har haft adgang til at definere problemet og den videre proces (autoritet). Der vil dog være et iboende dilemma i, at behandlingen er organiseret med udgangspunkt i diagnostiske kategorier og standardiserede behandlingsforløb (pakkeforløb), samtidig med at der er et ønske om at inddrage de unge og tage udgangspunkt i deres egne problemdefinitioner og individuelle behov (Trojborg, 2018). Som det fremgår af Kims fortælling, så forsøger APU at håndtere dilemmaet ved at udvise fleksibilitet, tilpasse og justere behandlingen både i forhold til intensitet, varighed, aktiviteter og tilbyde transdiagnostisk behandling med udgangspunkt i psykologiske mekanismer og problemer.

På trods af dette fremhæver nogle unge, at de oplever, at der er begrænsninger på, hvor meget behandlerne kan justere og tilpasse behandlingen. Eksempelvis oplever nogle af de unge, som ikke ønsker at deltage i gruppeterapi, at det er vanskeligt at få et individuelt forløb i stedet. Dette har været muligt for nogle af de unge, mens andre har oplevet, at deltagelse i gruppeterapi er en forudsætning for at være i behandlingen i APU. 20-årige Nanna ønsker eksempelvis ikke at være i gruppeterapi, men vil gerne have et individuelt terapeutisk samtaleforløb, hvilket hun oplever som vanskeligt at få igennem:

*Hvis jeg skulle ønske mig noget, var det egentlig bare sådan et langt forløb med den samme behandler en psykolog eller sådan noget, hvor vi havde individuelle samtaler over lang tid (...). I psykiatrien er det jo meget kasser, og de er jo sådan lidt; 'vi kan tilbyde dig det her, og ikke så meget andet', men altså hvad skal de også gøre, når nu det er det eneste, de ligesom har. (Nanna, ung i APU)*

I citatet fortæller Nanna, at det på den ene side bekræfter hendes forestillinger om psykiatrien, hvor hun oplever, at *"det jo er meget kasser"* og ufleksibelt, samtidig med at hun fremhæver det som en strukturel barriere og ikke de enkelte fagprofessionelles modvilje: *"hvad skal de også gøre, når nu det er det eneste, de ligesom har"*. Hun fortæller også senere i interviewet, at hun oplever, at hendes tovholder har forsøgt at imødekomme hendes behov for individuelle samtaler, og at de nu har aftalt at starte op med nogle enkelte individuelle samtaler i APU kombineret med individuelle samtaler med casemanageren i rusmiddelcenteret, indtil Nanna er helt afklaret omkring gruppeterapi: *"Hun (tovholderen i APU) har egentlig været meget sådan, at det prøver vi bare af, indtil at du ved, om du har lyst til gruppe"* (Nanna, ung i APU). På den måde oplever de unge, at de fagprofessionelle forsøger at tilpasse behandlingen med udgangspunkt i de unges behov, men at der er strukturelle og organisatoriske rammer og begrænsning i fleksibiliteten.

Disse begrænsninger knytter sig for nogle af de unge også til den kategorisering, der ligger i at blive udredt og få en diagnose, hvilket for mange unge kan opleves at være i modstrid med deres egen identitetsdannelse og de forandringsprocesser, der pågår i ungdomsårene, som en mere flydende og omskiftelig tilblivelsesproces. Denne ambivalens påvirker også de unges oplevelse af behandling i APU og knytter sig til dilemmaet om på den ene side at blive kategoriseret, fx gennem en diagnose, og så samtidig føle sig mødt i sin helhed og kompleksitet, hvilket 25-årige Kim eksempelvis beskriver:

*(...) jeg kan godt føle mig lidt puttet ned i en kasse, og det kan gøre mig lidt, hvor jeg har svært ved at være i noget, hvis jeg bliver puttet ned i en kasse, for jeg ved, at jeg er mere end det, og folk er enormt komplekse, og det kan gøre mig ret frustreret, at jeg hele tiden skal skubbe til de vægge, der bliver sat op omkring mig om, hvem jeg er, og det med at ville indramme, hvad mine problemer er, og det hele hænger jo sammen, og jeg forstår godt, at det ikke er det nemmeste at gøre. (Kim, ung i APU)*

Flere unge beskriver denne ambivalens, som Kim fremhæver i citatet, hvor det på den ene side kan virke forløsende at få kategoriseret og defineret sine problemer samt at arbejde med dem, men samtidig kan det også opleves som en reducere og indskrænkning af *"hvem jeg er"*, som Kim forklarer det.

Et andet vigtigt aspekt, som de unge fremhæver som centralt for deres individuelle behandling i APU, er, at de oplever en mulighed for at få hjælp, når de har akut brug for det. Flere af de unge fortæller eksempelvis, at de oplever, at deres tovholder og andre fagprofessionelle er tilgængelige i APU. 22-årige Mads forklarer:

*Jeg havde på et tidspunkt et angstanfald, før jeg skulle i gruppe på Stolpegård, og så ringede jeg så til receptionen og siger det, og så kom jeg så derhen dagen efter, hvor jeg havde fået en samtale, og jeg fik også lov at tale med dem (behandlerne i APU) efter gruppeterapien. (Mads, ung i APU)*

Flere af de unge beretter om sådanne oplevelser, hvor de har stået i en situation, hvor de har haft akut brug for hjælp eller oplevet kriser og tilbagefald i forhold til deres psykiske vanskeligheder og/eller misbrug. Det er fælles for de unge, at de i disse situationer oplever, at de kan kontakte APU og så få den hjælp, som de har brug for i situationen.

Det har også stor betydning for dem, at når de fx kontakter receptionen i APU, så har de tillid til, at de enten sender dem videre til rette vedkommende (fx deres tovholder), eller at de unges besked bliver givet videre og bliver reageret på af de fagprofessionelle.

### **Oplevelsen af gruppeterapi**

Det er fem unge ud af de otte interviewede, som har deltaget i gruppeterapi i APU. Disse har erfaringer med dialektisk adfærdsterapi-inspireret færdighedstræning (DAT), ruminationsfokuseret kognitiv adfærdsterapi (RFKAT) og kropsgruppe. For de tre, der ikke har erfaring med gruppeterapi, er det enten, fordi de har fravalgt gruppeterapien, og for andre skal de til at starte op i gruppe med enten DAT, RFKAT eller 'recovery-gruppe' inden for nogle uger. Det er blandet, hvordan de unge i interviewene oplever gruppeterapien, men overvejende beskriver de unge positive erfaringer. For nogle af de unge er gruppeterapien udelukkende forbundet med noget positivt med relevans og et stort udbytte, mens andre beskriver, at de oplever at have fået mindre ud af det. 23-årige Jeppe er en af dem, der oplever gruppeterapien som meget meningsfuld og relevant for ham. Han har deltaget fem gange i RFKAT-gruppen og beskriver det på følgende måde:

*RFKAT, som jeg går på, er rimeligt skræddersyet til det, som vi i gruppen har problemer med, og så er der selvfølgelig noget, som man kan relatere rigtig godt til, og noget, som man kan relatere knap så meget til, og der føler jeg bare, at de rammer rigtigt på en eller anden måde (...). Og i stedet for, at man mere bare sidder og snakker om det, så får vi også lektier for her, hvor man skal presse sig selv tilstrækkeligt med små skridt, men stadig tage det hele på sin egen vej, men jeg får også udfordret mig selv lidt og ser, at det egentlig ikke er så slemt, og man får også fyldt værktøjskassen rigtig godt op, så du er godt klædt på, så det gruppe herude er bare meget bedre skræddersyet til de problemer, man egentlig har og skal have løst ... (Jeppe, ung i APU)*

Som det fremgår af citatet, så oplever Jeppe, at gruppeterapien har været målrettet og skræddersyet hans problemer med angst, depression og et samtidigt hashmisbrug. Det går igen i flere interviewene, at de unge er begejstret for, at de har arbejdsopgaver i gruppen frem for "at man bare sidder og snakker om det", som Jeppe forklarer. De oplever, at det flytter fokus fra det meget personlige og over på nogle konkrete øvelser og værktøjer, som de kan anvende i deres hverdagsliv. Eksempelvis fortæller 23-årige Sasha der har færdiggjort DAT-gruppen, hvad hun oplever:

*Det har været en meget hjælpende gruppe, og det har givet mig meget. Jeg har lært at forbedre mine relationer, jeg har lært at undgå at bruge ordene altid og aldrig, og de dømmende tanker, som jeg har haft, de fylder mindre; jeg har lært, at jeg sagtens kan være mig selv uden at have et misbrug (...). Det har været meget de lektioner, som vi har haft og at bruge nogle af de hjælpemidler i forskellige situationer (...) og også meget med de dømmende tanker, hvad jeg skal gøre, hvis de kommer i forskellige situationer (...); man har fået mange værktøjer, og også bare sådan noget med at lære at bede om hjælp eller sige, hvad man har behov for sådan generelt. (Sasha, ung i APU)*

Som Sasha beskriver, så oplever de unge, at de får noget konkret viden og redskaber med fra gruppeterapien, som de kan omsætte og anvende i deres eget hverdagsliv.

Gruppeterapien beskrives således af flere som meget relevant og meningsfuld, hvor det, at der er et indhold og et fast program, som de skal igennem, både skaber tryghed og struktur, som flere af de unge udtrykker begejstring for. Eksempelvis fortæller 22-årige Mads om RFKAT-gruppen:

*Det har været fuldstændig fantastisk at være i angstgruppe (dvs. RFKAT-gruppen), jeg føler bare, at de er mega professionelle i den måde, som de kører gruppen på; jeg har altid følt mig tryk, og de har altid været meget forstående, og det er jo altid det, som man frygter lidt, at man ikke bliver forstået, og det har der altid været, og de har været gode til at hjælpe en. (Mads, ung i APU)*

Flere af de unge fremhæver som Mads behandlerne i gruppeterapien som meget 'professionelle', hvilket de fx knytter til at have faglig viden, men også deres egenskaber til at lytte, udvise forståelse samt at kunne balancere de unges individuelle behov, samtidig med at behandlerne kan understøtte en tryk gruppedynamik og samspillet på tværs af deltagerne.

For de unge, som udtrykker mindre positive oplevelser med gruppeterapien, relaterer det sig blandt andet til dette dilemma mellem at balancere de unges individuelle behov vs. gruppens behov. En af de unge, som oplever at have fået mindre ud af gruppen, er Kim, som beskriver, hvordan det blandt andet skyldes forskellige situationer, hvor behandlerne, ifølge Kim, ikke har håndteret dette dilemma på en god måde. For Kim har gruppeterapien ikke været forbundet med tilstrækkelig plads til de unges forskellighed og ytringer, og Kim giver i det følgende citat et eksempel på sådan en situation, hvor en kvinde i gruppen har italesat, at hun ikke har fået noget ud af gruppeterapien:

*Hun siger, at hun føler slet ikke, at hun har lært noget overhovedet, og det ville behandleren slet ikke imødekomme og blev ved med sådan 'ej, det har du' og sådan putte ord i hendes mund, hvor det synes jeg bare var sådan... og det er sikkert ikke rigtig, at man ingenting har fået ud af det, men jeg ville... min mening ville være, at man skulle være mere imødekommende og lade dem sige alt det, de har på hjertet først, for det der med bare at modsige, for de taler jo ud fra, hvordan de har det følelsesmæssigt, og det kan være lidt counterproductive ikke at møde dem i, hvordan de har det, og der følte jeg, at det handlede mere om at bevare ideen om gruppen eller sådan for os andre, så vi ikke også blev trætte af gruppen eller sådan, og det følte jeg var en dårlig måde at håndtere det på... det var ikke særligt godt grebet af behandleren. (Kim, ung i APU)*

I citatet beskriver Kim den balance, som det kan være vanskeligt for behandlere at håndtere, når de på den ene side gerne vil lytte og give plads til, at de enkelte unge kan dele deres erfaringer, oplevelser og følelser, samtidig med at eksempelvis mere 'negative' følelser og bestemte erfaringer kan påvirke gruppen og de andre deltagere negativt. Som Kim beskriver: "... og der følte jeg, at det handlede mere om at bevare ideen om gruppen eller sådan for os andre, så vi ikke også blev trætte af gruppen eller sådan". Hensynet til gruppen opleves således i nogle situationer at stå i vejen for, at behandlerne kan imødekomme de unges individuelle oplevelser, erfaringer og mere 'negative' følelser.

Det er også forskelligt for deltagerne, hvor meget de selv oplever, at de får ud af at dele erfaringer med hinanden. Nogle deltagere beskriver, at det gør en stor forskel for dem, at de gennem udveksling af fælles erfaringer med misbrug og psykiske vanskeligheder oplever en kollektiv identifikation:

*Selvom vi er vidt forskellige, så har vi haft et problem til fælles, og selvom de har været helt anderledes end mig, så har vi haft noget til fælles, og det synes jeg egentlig har været meget fedt. (Mads, ung i APU)*

Flere af deltager beskriver som Mads, at de i grupperne oplever sig som ret forskellige fra hinanden i forhold til både deres alder og livssituation 'uden for' behandlingen, men den omstændighed, at de har "et problem til fælles" binder dem sammen alligevel. I forskningen i forskellige terapigrupper, patientgrupper og selvhjælpsgrupper kalder man denne oplevelse opbygningen af en 'kollektiv sygdomsforståelse' (Barker, 2002; Koski, 2014), som typisk er det, der er med til at binde en gruppe sammen på trods af deltagerenes forskelligheder. Forskning i disse gruppeinteraktioner viser, at deltagerne kan opleve et positivt udbytte af selv at dele deres levede erfaringer og at opleve en validering eller forståelse ved at spejle sig i andre med lignede erfaringer (Kirkegaard & Andersen, 2018; Kessing, 2020). Det kan eksempelvis modvirke stigma og følelsen af at være alene med sit problem, som den 21-årige Søren oplever:

*Interviewer: Fik du noget ud af at tale med de andre i gruppen?*

*Søren: Ja, både og... da var der nogle ting, hvor vi snakkede om dagligdagen og sådan nogle ting, men det meste, som jeg fik ud af at snakke med dem om, det var at tænke: okay, jeg er ikke alene om det her, og det er selvfølgelig også en positiv ting, så man ligesom indser det, for før følte jeg lidt, at jeg var skør-agtig, og der er det meget rart at blive sat i et rum, hvor alle virker helt normale udadtil, men alligevel også har en masse ting. (Søren, ung i APU)*

I citatet fremhæver Søren, at han gennem sin relation til de andre deltagere og spejlingen i deres erfaringer fik en oplevelse af ikke at være alene med sine problemer. Denne identifikation med de andre oplever Søren har medvirket til, at han ikke føler sig dømt negativt på samme måde som før. Dette går igen i flere af interviewene, hvor eksempelvis 23-årige Sasha beskriver, hvordan det at være en del af et fællesskab med samme udfordringer modvirker ens egen dømmende tanker:

*Det har både været lidt nervepirrende, for man sidder jo med nogle dømmende tanker om sig selv og tænker, hvad de tænker om en, men samtidig har man jo kunnet se et fremskridt hos en selv og hos dem og kan også godt se, at der ikke er så meget dømmende omkring hinanden, fordi vi også sidder i nogenlunde den samme båd. (Sasha, ung i APU)*

Flere af unge oplever således på trods af deres forskelligheder at være i "den samme båd" med deltagerne i gruppeterapien, hvilket har en positiv effekt i forhold til deres syn på dem selv. For de unge, som omvendt ikke oplever at have fået så meget ud af gruppeterapien, knytter det sig også til en manglende oplevelse af identifikation af et "fælles problem" med de andre deltagere. Den manglende identifikation er således ikke relateret til eksempelvis forskellig alder eller livssituation "uden for" gruppen, men nærmere at

nogle unge ikke i tilstrækkelig grad kan spejle deres problemer i de andres erfaringer. Eksempelvis oplever 25-årige Kim ikke det store udbytte af gruppeterapien og beskriver i det følgende citat, hvordan og hvorfor det kan være svært at være i gruppen:

*(...) jeg har ikke så meget behov for, at det skal være mere end det her gruppe, fordi for mig, så kan det være drænende, at det egentlig er et socialt rum, og det kan være drænende med det sociale og især med nogle fremmede mennesker, og vi skal snakke om nogle ret hårde ting, og især også, fordi at jeg kan godt føle, at jeg ikke har det så hårdt som nogle af de andre, så kan jeg godt føle lidt, at jeg måske ikke lige har så meget at sige, jeg havde det for eksempel ret godt sidst, og alle de andre havde det egentlig ret dårligt den dag, og så prøver jeg bare at være ærlig, men andre gange, så har jeg holdt lidt igen i forhold til, at jeg har haft det godt... ja, og jeg ved ikke, men også, fordi når vi skal snakke om sådan nogle situationer, som er svære, og jeg så ikke lige kan komme i tanke om en svær situation, så er det måske ikke særlig givende for de andre at høre om, hvordan jeg har håndteret en ikke særlig svær situation. Det kan jeg føle i hvert fald. (Kim, ung i APU)*

Kim beskriver, at det sociale element i gruppen kan være drænende, både fordi deltagerne potentielt kan være "fremmede mennesker", da grupperne har løbende optag af nye, men for Kim knytter det sig også til den manglende identifikation med de andre deltagere i forhold til graden af deres oplevede problemer. Kim oplever fx ikke at have de samme "svære situationer" eller erfaringer at dele med de andre i gruppen, hvilket opleves som en barriere for at føle sig som en del af fællesskabet. Det er således en forudsætning for, at deltagerne oplever et udbytte af gruppeterapien i APU, at de også oplever en identifikation med de andre deltageres levede erfaringer i forhold til udfordringer relateret til sygdom og misbrug.

Flere af de unge peger desuden på en række praktiske barrierer, som påvirker deres deltagelse i grupperne. Tre af de unge, som har medvirket i interviews, er i arbejde eller uddannelse ved siden af deres behandling i APU, og de påpeger alle udfordringen i, at gruppeterapien ligger i dagtimerne, hvilket er svært at koordinere med deres uddannelse og/eller arbejde. For enkelte af de unge har de også oplevet ustabil fremmøde i DAT-gruppen som en udfordring, hvor andre også beskriver, at de synes, at der er for mange deltagere i grupperne. Eksempelvis forklarer 23-årige Sasha, at hun på den ene side synes, at der i gruppen ofte er for mange deltagere, men at hun også synes, det er svært, når hun har oplevet at været den eneste, der er mødt op i gruppen:

*Nogle gange har det været fint nok, at der har været nogle syge, for så har der faktisk været mere tid til, at man kan snakke om en selv, men andre gange, så har det bare også været sådan lidt, for der har været nogle gange, hvor jeg har været der helt alene, så har man også bare været sådan lidt "okay, så er det så kun mig, vi snakker om". (Sasha, ung i APU)*

Det ustabile fremmøde i gruppeterapien er således en udfordring for de unge, da det skaber en uforudsigelighed, men også opleves som svært, hvis ingen møder op, og "det så kun er mig, vi snakker om". Samtidig oplever nogle unge også, at der ikke er plads nok til den enkelte, hvis der er for mange deltagere i gruppen. Desuden efterspørger flere af

dem, som deltager i flere af grupperne, at de ikke ligger så tæt op af hinanden. Enkelte unge fremhæver også, at de gerne ville, at der var gruppetilbud til deres pårørende, da de oplever, at det ville være en hjælp til både den unge selv og de pårørende.

### 3.3 Samarbejde og koordinering mellem APU og kommunale RC'er

#### 3.3.1 Oplevelsen af koordinering, roller og ansvar

Det er forskelligt i interviewene, hvor meget de unge fremhæver samarbejdet og koordineringen mellem APU og kommunale RC'er, men for de fleste af de unge har det tværsektorielle samarbejde haft stor betydning i opstarten af deres forløb. Disse unge er blevet præsenteret for APU af en fagprofessionel (fx rusmiddelkonsulent) og henvist til behandlingen gennem deres kommunale RC. Enkelte af de unge i interviewene er blevet fortalt om APU gennem ambulans behandling i psykiatrien, men det er også i dette tilfælde en psykiater tilknyttet kommunalt RC, der har hjulpet hende med at blive henvist til APU. Det er forskelligt, hvor meget viden de unge beskriver, at deres kommunale RC har haft om APU, men de beretter alle om, at en fagprofessionel i kommunalt RC har fremhævet, at APU er målrettet deres misbrug og psykiske vanskeligheder samtidig. Eksempelvis fortæller 23-årige Jeppe, at han to uger inde i sin behandling i kommunalt RC blev fortalt om APU:

*De (kommunalt RC) vidste heller ikke selv så meget om det, var mit indtryk den gang, men de fortalte bare sådan, at man skal have et misbrug og noget psykisk for at komme ind, og at det er et nyt tilbud, hvor man prøver at koordinere de to sammen, for det er to forskellige sektorer, hvor man prøver at samle det, og jeg synes, at det er et pisse fedt initiativ, for det er noget, som jeg har kunnet mærke i de 3 måneder, hvor jeg måtte stoppe med mit misbrug, før alt det her startede op, og der ville jeg ønske, at jeg kunne have haft det her fra starten af, frem for at jeg skulle gå med det alene (...)* (Jeppe, ung i APU)

Jeppe har på den psykiatriske skadestue fået fortalt, at han ikke kunne modtage psykiatrisk behandling, så længe at han havde sit hashmisbrug, og det er dette, han refererer til i citatet. Derfor har Jeppe i nogle måneder selv forsøgt at komme af med sit misbrug, inden at han opsøger hjælp i kommunalt RC. I Jeppe's situation ville det således have været meningsfuldt, hvis han allerede på den psykiatriske skadestue var blevet fortalt om APU, da Jeppe har haft det meget svært i de måneder, hvor han ingen behandling har fået. For Jeppe har det stor betydning, at APU er et integreret tilbud, der er målrettet både hans depression og hashmisbrug. I opstartsfasen har det således afgørende betydning for de unge, at der er et samarbejde mellem APU og kommunalt RC i forhold til oplysningen om tilbuddet, men flere af de unge beskriver også tilknytningen til kommunalt RC og deres misbrugs konsulent/casemanager som en tryghedsskabende aktør i opstarten af deres forløb i APU. Eksempelvis beskriver flere af de unge, at de i opstartsfasen har været meget usikre på, om de rent faktisk ville "få lov" til at starte i APU. Dette knytter sig til udrednings- og vurderingsdelen i opstartsfasen, hvor blandt andet diagnosticering er inklusions-/eksklusionskriteriet. Dette er for flere af de unge forbundet med usikkerhed og bekymringer omkring at blive afvist behandling i APU, hvor flere af

de unge fremhæver deres tilknytning til kommunalt RC som et sikkerhedsnet og en mulighed for hjælp både i venteperioden før opstart og under behandling i APU, som 23-årige Sasha fx beskriver det: *"Jeg fik meget ud af at gå i psykiatrien (APU) og så samtidig have misbrugscenteret som backup"* (Sasha, ung i APU). 22-årige Mads forklarer også, at hans casemanager i kommunalt RC giver ham denne tryghed både før, under og efter behandling i APU:

*De har altid været meget hjælpsomme (i kommunalt RC), og så har jeg også altid haft min kontaktperson i misbrugscenteret, som jeg har kunnet ringe til, så jeg har altid haft nogen, som jeg kunne ringe til.* (Mads, ung i APU)

Det er således tydeligt, at samarbejdet har væsentlig betydning for de unges opstart i APU, og på trods af at flere af de unge ikke nødvendigvis omtaler konkrete samarbejdsaktiviteter under deres behandling, så har det, som både Sasha og Mads beskriver, en stor mental betydning for dem at vide, at deres "kontaktperson" (dvs. casemanager) i kommunalt RC stadig er en del af deres behandling.

De unge beskriver, at de har haft et opstartsmøde/en indledende vurdering i APU, hvor deres casemanager fra kommunalt RC har deltaget. Det er forskelligt, hvor tydeligt de unge kan huske disse møder, men de fremhæver dog alle, at det er positivt, at deres casemanager fra kommunalt RC har deltaget, da det for flere af de unge er deres første møde i APU. Dette beskriver Jeppe fx:

*Interviewer: Hvordan er det, at din kontaktperson fra RC er med?*

*Jeppe: Det synes jeg er rigtig fint, for der har jeg nærmest sådan lidt et familiært ansigt – altså en, som jeg kender; en som jeg ved, at hende kan jeg godt sige alting til uden nogen fordomme, så for mig løsner det lidt mere op i forhold til at sige noget til den anden person, som jeg aldrig nogensinde har mødt før, og så tror jeg også bare, at det er godt for rusmiddelbehandlerne, så de også ved, hvad de sender os videre til efterfølgende, men jeg tror også bare, at det er meget rart, at de er det der første led, og når man så skal herud (i APU), så ved de (i kommunalt RC), at jeg er godt videre, og de kan også se, hvordan jeg reagerer på deres spørgsmål, for de kender mig på en anden måde end en person, som jeg snakker med første gang, så det at de er så indblandet i starten, synes jeg er rigtig godt for, bare fordi at man starter herude, så er man jo ikke nødvendigvis færdig det andet sted (i kommunalt RC), for man har jo også stadig sit misbrug, som man skal kæmpe med, og det er rigtig rart, at der er så tæt samarbejde med begge parter.* (Jeppe, ung i APU)

Jeppe forklarer i citatet betydningen af, at casemanageren er med til det første møde, hvor det for flere af de unge betyder, at de både har nemmere ved at møde op og kan tale mere åbent, når de er til mødet. Flere unge fortæller også, at deres casemanager i nogle situationer hjælper dem med at forklare omstændigheder, oplevelser eller behov, som de unge måske selv har vanskeligt ved at formidle. På mange måder oplever de unge således, at deres casemanager til de første møder (fx indledende vurdering og første netværksmøde) og i opstarten af deres behandlingsforløb i APU fungerer som en slags støtteperson, der kan hjælpe med at lytte, stille spørgsmål og gengive for de unge



efter mødet, hvad de har talt om og aftalt på mødet. For enkelte af de unge har pårørende også deltaget i det første netværksmøde, hvor det i disse situationer i højere grad beskrives som dem (kæreste eller forældre), der har påtaget sig denne rolle som støtteperson. De unge beskriver, at netværksmøderne bliver afholdt for, at de fagprofessionelle (dvs. tovholder og casemanager) bedre kan organisere og udføre deres arbejde. De unge oplever således ikke kun, at netværksmøderne er en del af deres behandling, men et forum for organiseringen af de professionelles arbejde, hvilket tidligere forskning også har peget på (Andersen, 2014b). Dette beskriver eksempelvis 21-årige Søren, som har haft to netværksmøder, som han primært oplever som møder, hvor tovholder og casemanager kan dele information med hinanden:

*Jeg tror nok, at de deler nogle oplysninger, og hende fra RC har vist også været til nogle samtaler ude på APU, hvor jeg også har været der (...), det har været os tre, men det var vist i starten af det hele, det var meget fint, stille og roligt (...) jeg var med i samtalen, men ikke så meget, men det er, fordi at jeg ikke er så snakkesalig, men det har været omkring gruppen, for at forklare det til hende i RC, så hun også vidste, hvor jeg var henne af. (Søren, ung i APU)*

I citatet fremgår det, at netværksmøderne for nogle af de unge i højere grad opleves som noget, der foregår på de fagprofessionelles præmisser og som et sted, hvor de kan organisere indsatsen *for* de unge frem for *med* de unge. Dette behøver ikke nødvendigvis at være et problem, men det er centralt med en bevidsthed omkring det, så de unge ikke får en oplevelse af, at der er stor uoverensstemmelse mellem, hvordan netværksmøderne italesættes, og hvordan de så praktiseres (Kirkegaard, 2020; Andersen, 2014b). Som Søren siger, så er "han ikke så snakkesalig", hvilket understreger, at det for nogle af de unge kræver en del ressourcer eksempelvis at italesætte deres oplevelser og behov på sådanne netværksmøder med flere fagprofessionelle.

Der er også forskel på, hvordan de unge oplever koordineringen og samarbejdet, der også foregår uden om netværksmøderne. Nogle unge beskriver eksempelvis, at de efter at være startet behandling i APU har skruet meget ned for deres aktiviteter i kommunalt RC, eksempelvis individuelle samtaler og gruppeterapi, og for disse unge oplever de heller ikke samme behov for løbende koordinering mellem APU og kommunalt RC. I disse tilfælde er det tilstrækkeligt for de unge at vide, at deres casemanager stadig er en del af deres behandling og en person, som de kan kontakte, hvis de selv føler behov for det. Eksempelvis beskriver Søren:

*Men APU har overtaget meget i forhold til det, for det har mere været det psykiske, som jeg har skullet arbejde på, og så har jeg også haft fuldtidsjob herop, så jeg har ikke kunne tage fri hele tiden, for alle de samtaler der, så jeg har mest været på APU hver tirsdag. (Søren, ung i APU)*

Andre af de unge beskriver også ligesom Søren, at de sideløbende med eksempelvis et fuldtidsjob har svært ved at overskue og finde tid til aktiviteter i både APU og kommunalt RC, og de er således tilfredse med, at eksempelvis individuelle samtaler i RC er blevet sat på pause, så længe de går i APU. For flere af de unge er dette sket som en proces, der også har fulgt deres udvikling i forhold til deres misbrug:

*Til at starte med var det samtaler en gang om ugen (i kommunalt RC), og så har det så ændret sig hen ad vejen, fordi der kom et fremskridt, og RC henviste mig også til andre ting, som jeg kunne gøre, som er sådan noget for lidt ud-satte, hvor det er, at man mødes og dyrker noget motion eller går en tur eller brætspil, og det hjalp også, at man kom ud at bevæge kroppen og mødt nogle nye mennesker, som også har det svært. (Sasha, ung i APU)*

De fleste unge, som har oplevet, at deres misbrugsproblem kommer til at fylde mindre og mindre, har også naturligt oplevet et mindre behov for samtale i kommunalt RC og derved også mindre koordinering og vidensdeling mellem APU og kommunale RC. Som Sasha beskriver, så spiller kommunalt RC dog fortsat en rolle fx i forhold til at hjælpe de unge ind i andre aktiviteter eller sociale fællesskaber. Kommunale RC'er vil ofte have gode forudsætninger for dette inklusionsarbejde, da de er forankret kommunalt og dermed kender til tilbud i de unges nærområde. I nogle af de kommunale RC'er, som de unge er tilknyttet, vil de også selv have en række sociale aktiviteter, som nogle af de unge sideløbende med behandlingen i APU beskriver, at de benytter sig mere sporadisk af.

For de unge, som både har faste samtaler med deres casemanager i kommunalt RC og med deres tovholder i APU, er det forskelligt, hvordan de oplever koordineringen af deres behandling på tværs. De unge beskriver, at de 'i teorien' opfatter de individuelle samtaler med henholdsvis tovholder og casemanager som primært har fokus på deres psykiske udfordringer i samtalen med tovholder og på deres misbrug i samtalen med deres casemanager. I praksis beskriver de fleste af de unge dog, at de oplever, at denne opdeling udviskes, og at de taler om begge dele i samtalerne både med deres tovholder og casemanager. Nogle unge beskriver dog, at de oplever lidt forskellige tilgange i de individuelle samtaler, hvor flere beskriver samtalen som mere "struktureret" og "styret" i APU, og "*at de går mere i dybden med det psykiske*" (Kim, ung i APU). Enkelte unge har oplevet, at brugen af forskellige tilgange og metoder på tværs af kommunale RC'er og APU har skabt udfordringer i samarbejdet og tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Eksempelvis fortæller 20-årige Nanna, at hendes tovholder og casemanager ikke har været enige om, hvorvidt hun kunne modtage noget traumbaseret behandling i kommunalt RC samtidig med sin behandling i APU:

*Jeg ved ikke, hvor meget at mig og Niels (casemanager) kommer til at overholde det, men det er ligesom sat op sådan, at i APU snakker vi om følelsesregulering og alle de her ting, og i RC snakker vi om misbrug, men det hænger jo sammen, og Niels og jeg mødes jo ikke hver anden uge for bare at snakke om mit misbrug (...) jeg ved ikke, om det er blevet sat op specifikt på den måde, men det er bare den oplevelse, som jeg har haft af det, når hun (tovholder) har forklaret, hvad APU er, og hvad vi snakker om de forskellige steder, og det er ikke, fordi at vi ikke har gidet at lytte, men mig og Niels har det bare så godt med det, som vi laver nu, så vi har ikke rigtig lyst til at ændre så meget på det. (...) Men vi har jo sagt til dem, at vi har det her traumebehandling, og det kommer til at fylde næsten alle mine tider i RC i et godt stykke tid (...), og der føler jeg, at Niels og Anni havde talt om inden mødet, at det ikke var så godt, at jeg havde to forskellige behandlinger i gang samtidig, men der sagde Niels til mødet, at det var ikke hans oplevelse, og det synes han, at man sagtens kunne have (...). Og der har Niels bare været sådan, 'at det er jeg slet ikke nervøs for',*

*men det tror jeg, at de har været herude (i APU), for jeg tror bare, at det er imod deres protokol, og hvad man normalt må ... (Nanna, ung i APU)*

I citatet beskriver Nanna en uoverensstemmelse mellem sin tovholder i APU og casemanageren i kommunalt RC. Hendes oplevelse er, at de er uenige om, hvorvidt hun kan have en behandling i APU samtidig med traumebehandling i kommunalt RC. Ifølge Nanna har tovholder og casemanager talt om denne problematik inden deres netværksmøde, og det bliver så taget op igen på netværksmødet med Nanna. I citatet fremgår det, at Nanna er enig med sin casemanager og gerne vil have traumebehandlingen, og derfor fortsætter de med denne behandling, men det virker til, at uenigheden har skabt et lidt svært udgangspunkt for samarbejdet og arbejdsgangene fremadrettet. I denne situation, hvor der er uenighed om 'den rette behandling' mellem APU og kommunalt RC, er der således risiko for, at behandlingen kommer til at køre mere adskilt i hver sektor frem for en integreret indsats, hvor der koordineres og deles viden på tværs.

For størstedelen af de unge har de dog positive oplevelser i forhold til samarbejdet og koordineringen på tværs. Eksempelvis beskriver 23-årige Sasha, som har været en del af APU i et år, at hun fra starten har oplevet, at hendes behandling på tværs af APU og kommunalt RC er blevet koordineret:

*De har alle sammen koordineret det med hinanden på en eller anden måde, at der ikke er to samtaler på en dag, og hvis de ved, at man har mange ting en dag, så lægger de det med vilje ikke på den dag om ugen (...) og jeg har også været med til at koordinere mange af tingene selv, og det har krævet en del at tage det ansvar, men jeg synes også, at det har givet en form for selvtillid, at man selv har kunnet bestemme, hvornår vil jeg fx være med til en gåtur, og hvad vægter jeg højest, og så kan jeg planlægge samtaler efter det også. I stedet for at det hele blev koordineret for mig. (Sasha, ung i APU)*

Sasha beskriver her betydningen af, at der er blevet koordineret mellem kommunalt RC og APU, så hun ikke har haft for mange aktiviteter på en dag, hvilket har gjort det mere overskueligt for hende at deltage i behandlingen, men også gjort det muligt at deltage i forskellige sociale tilbud, som kommunalt RC har henvist hende til. Hun beskriver dog også, at hun selv har haft et stort ansvar for meget af koordineringen, hvilket på den ene side har givet selvtillid og selvbestemmelse, men hun har også oplevet det som "krævende". Andre unge beskriver også, at de oplever, at der ligger et ansvar hos dem selv i at overlevere information og aftaler mellem kommunale RC'er og APU, hvilket nogle unge synes er positivt, mens andre giver udtryk for, at de ønsker en mindre del af dette ansvar.

### **Oplevelsen af afslutning og udbytte af behandling**

Det er enkelte af de unge, som har medvirket i interviewene, der er ved at afslutte deres behandlingsforløb, men størstedelen af de unge beskriver, at de enten forventer eller oplever, at de vil eller har fået meget ud af både de individuelle samtaler og gruppeterapien i APU. Eksempelvis forklarer 21-årige Søren:

*Jeg har fået mere kontrol over mine tanker og blevet bedre til at komme i gang og ikke kun ligge på sofaen hele dagen og være deprimeret, og jeg har fået en lidt mere positiv indstilling til livet generelt. (Søren, ung i APU)*

Søren beskriver, at behandlingsforløbet i APU har bidraget til, at han bedre kan håndtere sine depressive tanker, og han oplever også, at det har været medvirkende til, at han nu er startet i uddannelse. 22-årige Mads er også ved at afslutte sit behandlingsforløb, som han også oplever har haft stor betydning for ham:

*Jeg har fået så meget ud af det, det er svært at sætte ord på, men det har ændret mit liv, det har det sgu virkelig, for det at møde den her anerkendelse og forståelse og så at få de her redskaber selvfølgelig, det er også bare – der er bare en eller anden god vibe derude (...). Nu står jeg så lidt her, hvor jeg har været igennem det hele, og så er der faktisk ikke rigtig mere, som jeg kan, for der er ikke flere tilbud tilbage, men jeg har jo også været igennem en stor forbedring, så måske jeg ikke har brug for mere, men jeg ved det ikke (...). Ude i APU havde jeg en samtale med dem om, at jeg har rykket mig rigtig meget, og så har vi snakket om den sidste gruppe, hvor det er sådan noget med, at man går tur, men det er sgu ikke rigtig noget for mig, jeg føler bare, at jeg synes, det er fedt, hvor det er lidt mere seriøst, hvor der er et program og sådan noget, som man ligesom skal igennem. (Mads, ung i APU)*

Som det fremgår af citatet, så oplever Mads, at behandlingsforløbet har været altafgørende for hans bedringsproces, og han beskriver at det at blive mødt med anerkendelse og forståelse af de fagprofessionelle har haft en helt særlig betydning. Desuden fremhæver han, at de mange redskaber, som han har lært og fået gennem blandt andet gruppeterapien, har haft stor betydning for ham. Afslutningen i APU er dog også forbundet med usikkerhed for Mads, som er lidt i tvivl om, hvorvidt han kunne have glæde af at fortsætte i noget behandling i APU. Han har fået tilbudt at deltage i APUs "gå-gruppe", men det ønsker han ikke, hvorfor det er vigtigt for Mads at få mulighed for noget andet, hvor "det er lidt mere seriøst", som han forklarer. For den sidste unge, som også er ved at afslutte sit forløb i APU, er det forbundet med mindre usikkerhed, da hun er mere afklaret med sit fremtidige behandlingsforløb:

*At få svar på min udredning, og at jeg kan vedligeholde kontakten i hvert fald til misbrugscenteret, så jeg ikke falder ned i det igen og ender i den samme onde spiral (...). Det har vi snakket om med begge steder med hensyn til, at der kommer til at gå noget tid, før misbrugscenteret bare kommer til at lade mig gå (...) så jeg har en eller andet form for sikkerhedsnet, hvis det er, at det begynder at gå dårligt igen (...) og så skulle jeg se an efter det her udredning, om jeg også stadig skal have samtaler i APU, og om jeg fx skal i noget recovery-gruppe. (Sasha, ung i APU)*

For 23-årige Sasha har behandlingsforløbet i APU betydet, at hun skal udredes for en anden diagnose, men hun ved samtidig, at hun forsat er tilknyttet misbrugscenteret, hvilket er en stor sikkerhed og tryghed for hende. Desuden er der efter udredningen også en mulighed for hende at fastholde samtaler i APU og deltage i deres 'recovery-gruppe', hvilket også skaber tryghed og en følelse af, at der er en koordineret plan for hendes videre behandlingsforløb og bedringsproces. Det er således også forskelligt, hvordan de unge beskriver at afslutte et forløb i APU, og hvilke muligheder de oplever og ønsker, de selv har for at fastholde en tilknytning til behandlingstilbuddene i APU og kommunalt RC'er.

## 4 Fagprofessionelles oplevelse og erfaringer

I det følgende afsnit beskrives de fagprofessionelles oplevelse og erfaringer med samarbejdet mellem APU og kommunale RC'er samt deres oplevelse af, hvad der henholdsvis hæmmer og fremmer de unges deltagelse og udbytte af behandlingen i APU og på tværs af APU og kommunale RC'er. Interviewpersonerne er fagprofessionelle fra APU og fra forskellige kommunale RC'er, som indgår i samarbejdet med APU.

### 4.1 Fagprofessionelles oplevelse af samarbejdet

#### 4.1.1 Motivation og formål med samarbejdet

På tværs af APU og kommunale RC'er er de fagprofessionelle enige om, at de har et fælles og vigtigt formål med deres samarbejde, som overordnet set er at få integreret den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen, så mennesker med dobbeltdiagnose får den rette hjælp. I en fokusgruppe forklarer en fagprofessionel i APU fx formålet med samarbejdet på følgende måde:

*Den berømte sætning med, at de her patienter falder mellem to stole, som vi prøver på at undgå ved, at vi skubber de her stole sammen nu, så det er vel sådan lidt et nyt tilbud i vores region i hvert fald. (Medarbejder i APU)*

I de kommunale RC'er formulerer de på samme måde vigtigheden af samarbejdet med APU i forhold til at få integreret behandlingen, så patienter med dobbeltdiagnose ikke længere "falder mellem to stole":

*APU er forsøget på at undgå, at unge falder mellem to stole, som har været et rigtig stort problem i mange år. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

De er således enige om på tværs af APU og kommunalt RC, at de har et fælles formål om at løse en organisatorisk udfordring, så patienter med dobbeltdiagnose ikke længere afvises i behandlingen og i stedet får tilbudt en integreret, koordineret og fleksibel behandling, som de har brug for:

*Før hen så var det jo sådan, at så kom man i behandling, men så lod man være med at tale om sit misbrug, og det har jo en funktion, så vi skal jo kunne rumme, at det er mere komplekst, og nogle gange så fylder det misbrug så meget, og det skal vi jo kunne rumme her, og det er også en af grundene til, at vi skal være så fleksible. (Fagprofessionel i APU)*

Alle fagprofessionelle på tværs af APU og kommunale RC'er er også enige om, at det er et meget vigtigt og relevant tilbud, da der mangler indsats til denne målgruppe:

*Jeg synes simpelthen, at det er en gave fra himlen, at der er kommet fokus, og at der er en opmærksomhed på de her med dobbeltdiagnose, og jeg synes, det er et formidabelt samarbejde, og jeg har ikke haft andre, og det er, selvom jeg samarbejder rigtig meget, og jeg synes, det her er det mest velfungerende,*

*for det er systematisk, og det er sindssygt søde mennesker (...).* (Fagprofessionel i kommunalt RC)

De fagprofessionelle er således meget motiverede for samarbejdet og beskriver det som altafgørende, at de arbejder systematisk, tværfagligt og fleksibelt for at kunne møde målgruppens behov.

#### 4.1.2 Roller, ekspertise og ansvar i samarbejdet

Flere af de fagprofessionelle fremhæver også, at der på tværs af APU og kommunale RC'er eksisterer en bevidsthed om og anerkendelse af, at der er brug for flere forskellige fagligheder og ekspertise for at hjælpe målgruppen med komplekse og sammensatte problemer. Eksempelvis beskriver en fagprofessionel fra APU nødvendigheden af de tværfaglige kompetencer blandt de fagprofessionelle:

*Ja, det er noget med at favne kompleksiteten i den her målgruppe, og det er også det, der er fokus i den her modelcelle, for vi kan ikke stå alene med det, vi skal brede det ud og have nogle større samarbejder, og der er det også vigtigt at sige, at vi er ikke specialister inden for beskæftigelse eller hvad nu, men vi er specialister eller ved noget omkring det psykiatriske, og vi kan invitere dem ind, som ved noget, og derved løse noget af kompleksiteten.* (Fagprofessionel i APU)

Som den fagprofessionelle fra APU beskriver, så er der en bevidsthed om, at det er nødvendigt med et tværfagligt samarbejde, da flere fagligheder er en forudsætning for at "favne kompleksiteten i målgruppen". Som det fremgår af citatet, så anerkender de fagprofessionelle både i APU og kommunale RC'er, at målgruppen har brug for støtte fra forskellige sektorer og fagprofessionelle, som besidder forskellige kompetencer og ekspertise. Eksempelvis beskriver en fagprofessionel fra et kommunalt RC'er, hvordan hun normalt præsenterer APU og samarbejdet for en potentiel bruger i APU:

*Jeg plejer at fortælle, at det er nogen af de sødeste mennesker der findes, for det er de bare, men også at de er rigtige kompetente, og også selvom at de ikke kan hjælpe, så sørger de for at hjælpe et andet sted hen, hvor de så kan hjælpe, så de kan få den rette hjælp.* (Fagprofessionel i kommunalt RC)

Som det fremgår af citatet, så oplever de fagprofessionelle i kommunale RC'er også, at de har gensidig tillid til hinanden på tværs af APU og kommunal RC både i forhold til at tage ansvar for, at patienten får den rette behandling, og i forhold til at hjælpe patienten godt videre, hvis det er andre kompetencer, der eksempelvis er brug for i behandlingen. På den måde er der også en bevidsthed om ekspertise, roller og ansvar i samarbejdet, men også om egne begrænsninger og vigtigheden af at inddrage andre relevante aktører, som fx har en anden faglighed og ekspertise end en selv. Eksempelvis fremhæver flere af de fagprofessionelle fra både kommunale RC'er og APU, at de oplever, at erfaringen med at samarbejde også har gjort, at roller og ansvar er blevet mere tydelige, da de gennem samarbejdsunderstøttende elementer (fx fælles faglige arrangementer), møder og arbejdet på tværs også har fået defineret roller og lavet gode praksisser for koordineringen og gennemførelsen af fx netværksmøder:

*APU har jo også en meget klart defineret samarbejdspartner, nemlig os, for det er jo også os, der står for at indkalde fx jobcenteret, så APU skal jo kun stå for at indkalde os til mødet, hvor den almindelige psykiatri skal jo også typisk indkalde alle de andre også, hvis de er relevante, så en del af succesen er jo nok også, at vi som behandlere (i kommunalt RC) jo er tovholdere i forhold til den unge, og APU koordinerer jo så med os, og det er meget sat i system på den måde. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som den fagprofessionelle fra kommunalt RC fremhæver, så oplever de, at der er en god praksis i, at det er casemanageren i kommunale RC, som er 'tovholder' for den unge i forhold til at koordinere med andre kommunale aktører, fx jobcenteret. På den måde oplever casemanagerne i RC, at der er en klar rolle- og ansvarsfordeling, hvor APU skal koordinere med casemanagerne i kommunalt RC, og så koordinerer de med de andre relevante aktører i kommunen. Som den fagprofessionelle fremhæver, så er det anderledes end i resten af psykiatrien, hvor de fagprofessionelle oplever, at det er en barriere for et godt samarbejde, at psykiatrien fx skal koordinere og indkalde alle relevante aktører, hvis der skal afholdes et netværksmøde. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever, at det at få indkaldt de rette aktører til netværksmøderne er en helt afgørende del af deres rolle som casemanager for de unge:

*Det er helt klart en af de sværeste manøvrer i mit arbejde (at få indkaldt de rette aktører til netværksmøder), men også en af de allervigtigste, men det kan være rigtig vanskeligt, for der er jo bare rigtig meget udskiftning i det kommunale regi, og jo også fordi at folks kalendere simpelthen er fyldte mange uger ud i fremtiden. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Desuden går det igen på tværs af både kommunal RC og APU, at de fagprofessionelle oplever, at både samarbejde og behandling i APU er meget veldefineret og systematiseret. Flere fremhæver den veldefinerede model, som ligger til grund for udviklingen af en fleksibel behandling i APU og koordinering på tværs som et vigtigt element for et vellykket samarbejde:

*(...) Men noget af det, som jo også er fedt ved APU, er, at der er en meget, meget veldefineret model, altså, der skal være de og de møder og den og den opsamling, og der skal ske det og det ved udskrivning, og mange af de ting, som tit halter i det psykiatriske system – det halter faktisk ikke i APU, for der er en meget tydelig drejebog på, hvad der skal ske hvornår. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som det beskrives i citatet, så opfatter de fagprofessionelle i både APU og kommunalt RC, at det er centralt for deres samarbejde, at der er en velbeskrevet og fleksibel model og "drejebog" for, hvordan samarbejdet og behandlingen skal foregå. Dette indebærer eksempelvis, at alle er enige om, at patienterne minimum skal have tre netværksmøder, hvor behandlingen koordineres og planlægges sammen med den unge og på tværs af sektorer. Disse netværksmøder, oplever de fagprofessionelle i både APU og kommunale RC'er, har meget stor værdi for at skabe en koordineret og integreret behandling for de unge:

*Der er de der netværksmøder på APU, der jo er guld værd, for man har hele tiden en fornemmelse af, hvad der foregår. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

På trods af en bevidsthed om roller, ansvar og ekspertise i samarbejdet så oplever de fagprofessionelle, at roller og ansvarsområder i det daglige ofte bliver mere flydende og noget, der løbende skal 'forhandles' og 'genforhandles' omkring den enkelte unge. Disse forhandlinger beskriver de fagprofessionelle i APU ofte at foregå uden konflikt, men at det i nogle tilfælde kan skabe udfordringer, især hvis de kommunale RC'er fx selv har haft et langt behandlingsforløb med en borger, eller kommunalt RC selv har en række behandlingstilbud, som APU nu tilbyder:

*Der, hvor der har været lidt konflikt, der tror jeg også, det er meget forskelligt fra RC til RC, altså hvor meget behandling har de selv lavet, for mange af dem har jo ikke haft vores tilbud (tidligere), så der er jo også nogle ting, som er blevet udviklet hos dem, så hvor skal det nu ligge henne, og skal de gå til behandling begge steder og samtidig og hele vægtningen af, hvornår skal man hvad, og det skal man jo lige finde hinanden i, for min oplevelse er, at det kan jo også være svært, hvis du har kendt en borger i lang tid, og så kommer der en anden og laver en vurdering, og fordi vi jo er forskellige fagligheder, så ser vi jo forskelligt på det, og hvis man så ikke er enige, så bliver det jo også svært, for det kan jo både blive fagkamp og en personlig ting eller sådan, så det kan også blive en ting, at vi har forskellig tidslighed, hvor nogle gange kan det næsten være nemmere, hvis rusmiddelbehandleren ikke kender patienten så godt heller, for så har vi jo en fælles nysgerrighed på at finde frem til problemet. (Fagprofessionel i APU)*

Som det fremhæves i citatet, så kan der være nogle udfordringer i samarbejdet, som både knytter sig til, at de kommunale RC'er har forsøgt at lave tilbud til målgruppen med dobbeltdiagnose, da psykiatrien tidligere har afvist denne gruppe. Det kan være et svært udgangspunkt i forhold til, at APU og de kommunale RC'er nu skal koordinere og beslutte, hvordan et tværsektorielt og mere integreret behandlingsforløb skal se ud, hvilket der både kan være nogle organisatoriske og faglige uenigheder omkring. En anden udfordring knytter sig også til definitionen af, hvad man kunne kalde "det sociale problem", hvor forskellige fagligheder sammen med den unge skal blive enige om, hvad udfordringerne egentlig er, og hvad der er den rette hjælp. Her vil nogle fagprofessionelle fra de kommunale RC'er måske have kendt og haft den unge i behandling i flere år – og derfor have en viden og vurdering af den unge på forhånd, som ikke nødvendigvis vil være det samme som en fagprofessionel fra APU med en anden faglighed og relation til den unge.

De fagprofessionelle i både APU og de kommunale RC'er beskriver også, at de ofte oplever, at der er en lang række mere praktiske opgaver og udfordringer i de unges liv, som skal varetages inden, at de fx kan modtage den psykoterapeutiske behandling i APU. I disse situationer er rollen som tovholder og behandler ikke nødvendigvis så klart defineret og afgrænset, da det er nødvendigt at udvise fleksibilitet og tage udgangspunkt i de unges behov, som fx kan være hjælp til en lang række praktiske ting, hvilket er en del af de mere udefinerede, uformelle og 'ubeskrevne' opgaver i samarbejdet. På den måde indeholder rollen som behandler og tovholder i APU således mange andre opgaver ud



over selve den psykoterapeutiske behandling, som både forudsætter nogle andre kompetencer og 'nye' opgaver, som skal koordineres og afstemmes med casemanager i de kommunale RC og andre samarbejdspartnere. I det daglige foregår dette arbejde løbende med at definere og omdefinere grænserne for egne og andres opgaver, roller og ansvar. Nedenfor giver en fagprofessionel i APU et eksempel på, hvordan rollen som tovholder og behandler også indeholder andet, end hvad der er klart defineret i behandlingsforløbet i APU:

*På sigt skal jeg jo have en psykoterapeutisk alliance bygget op med ham, men det tager bare rigtig lang tid, og han har også skullet slippe en anden (en fagprofessionel), så min rolle lige nu er meget socialrådgiverfunktionen og at hjælpe ham med det praktiske rundt om – og også være tovholder rundt om ham med samarbejdspartnerne, så vi ligesom får trukket på en fælles front.*  
(Fagprofessionel i APU)

I citatet giver en fagprofessionel i APU et eksempel på en ung, hvor rollen som tovholder og behandler indebærer en række opgaver, som typisk vil blive varetaget af en socialrådgiver i kommunen. Den fagprofessionelle, der udtaler sig i citatet, er selv uddannet socialrådgiver, hvilket gør, at hun kan trække på disse kompetencer, men det illustrerer også, at der i mange situationer er behov for, at de fagprofessionelle i APU påtager sig roller og opgaver, hvor grænserne for indhold og omfang er mere flydende og uafgrænset. Som det også fremgår af citatet, så bliver det i disse situationer særlig vigtigt at koordinere og afstemme roller og ansvarsområder med samarbejdspartnerne, så de unge fortsat oplever at få en koordineret og integreret behandling. Eksempelvis påpeger nogle af casemanagerne i de kommunale RC'er, at de også oplever, at der er behov for, at tovholderne i APU hjælper de unge med en lang række praktiske ting, fx omkring bolig, økonomi, uddannelse osv., men de er i tvivl om, hvorvidt det egentlig er meningen, at tovholderne i APU skal påtage sig denne rolle:

*(...) Han har bare et fuldstændigt kaotisk liv, hvor altså det kræver en større indsats, og der har min forhåbning også lidt været, at den socialrådgiver-tilknytning, der ligger i APU, vil kunne varetage nogle af de udfordringer (...) Alting sejler, så har han ikke nogen bolig, så er der ikke noget strøm og økonomi, og de basale behov er alt for pressede, og der kan jeg godt være lidt i tvivl, om de (i APU) er i stand til at løfte den opgave, for det vil være tilfældet for den her unge, og det kan også godt være, at det ikke er dem, der skal det, at den i højere grad ligger hos os, men der er noget i samarbejdet, som er nødt til at blive afklaret.* (Fagprofessionel i kommunalt RC)

Som det fremgår af citatet, så er de fagprofessionelle på tværs af APU og kommunale RC'er enige om, at der er ofte behov for, at tovholderne i APU eller andre fagprofessionelle varetager disse praktiske opgaver, inden de unge kan komme i gang med behandlingen, men som den fagprofessionelle i citatet siger, så er det dog uklart, om opgaven og ansvaret kan og skal ligge hos APU. I APU beskriver de fagprofessionelle, at det ofte bliver en fagprofessionel og individuel vurdering, hvor meget de skal og kan gå ind i de praktiske opgaver, men at der også er grænser for, hvor meget de har ressourcer til at varetage denne rolle:

*Jeg vil så også sige, at hvis det [praktiske ting] fylder alt for meget, så vil vi måske også afslutte på det tidspunkt, for det er jo meningen, at vi skal lave noget psykoterapi, og det er ikke sjældent, at vi må afslutte, fordi vi vurderer, at det mere er noget støttekontakt-person eller i RC, for det er noget andet, vi kan – ikke, altså det er et urealistisk projekt. (Fagprofessionel i APU)*

Som den fagprofessionelle i APU fremhæver, så forstår de det som deres primære kompetence og arbejdsopgave at tilbyde psykoterapeutisk behandling, og derfor bliver de også nødt til at afslutte et forløb, hvis behovet for praktisk hjælp til eksempelvis bolig, økonomi, hverdagsliv osv. bliver for stort. Som en anden fagprofessionel siger, så er det dog ikke altid en nem beslutning, og ofte prøver det fagprofessionelle i APU at "trække den":

*Vi gør ikke bare sådan, 'at det kan vi ikke hjælpe med' – vi prøver at strække det lidt ud, og så trækker vi den (...), men det er også det, der gør, at det giver mening at gå på arbejde, at vi ikke bare siger til dem, at det kan vi ikke hjælpe med, for der er jo en grund til, at de har det her misbrug. (Fagprofessionel i APU)*

Det er således en svær balance og grænsesætning, da det kan være vanskeligt at vurdere, hvor meget eller hvor lidt de fagprofessionelle i APU skal hjælpe med disse praktiske ting, da det også ofte er en forudsætning for, at de unge kan modtage behandling, at der er kommet styr på udfordringer med fx deres boligsituation og økonomi. På den måde er der også opgaver, roller og ansvar i samarbejdet, som er mere 'usynlige', men har stor betydning for behandlingen, og som i det daglige arbejde er mere uklart for både de fagprofessionelle i APU og de kommunale RC'er.

En anden vigtig faktor, som de fagprofessionelle fremhæver som årsagen til, at de oplever et godt samarbejde på tværs, er, at de sammen stiller spørgsmål og reflekterer over deres egen faglighed og praksis:

*Det er også vigtigt hele tiden at stille spørgsmålstegn ved det, vi laver, altså kunne vi gøre det anderledes, og hvordan samarbejder vi, er der noget, som vi kunne gøre bedre? (Fagprofessionel i APU)*

Denne refleksion over egen praksis er central for et godt samarbejde, og de fagprofessionelle i APU og de kommunale RC'er peger også på, at det ville styrke samarbejdet, hvis det i højere grad foregik i nogle fora på tværs af de fagprofessionelle i APU og kommunale RC'er. I forvejen arbejder APU med at lave samarbejdsunderstøttende aktiviteter, der skal være med til at styrke samarbejdet. Eksempelvis fortæller en fagprofessionel i APU:

*Jeg får bare lige lyst til at sige, at vi har faktisk – en gang i kvartalet, at RC får sådan en times introduktion til, hvad APU er for noget, og hvad samarbejdet er, og der prøver vi også på at være sådan ... lidt at være lidt mere skarpe på, hvem målgruppen er, for at de får de rigtige patienter henvist hertil. (Fagprofessionel i APU)*

Disse samarbejdsunderstøttende aktiviteter er således vigtige både for samarbejdet, men også i forhold til at sikre, at fx nye samarbejdspartnere ved, hvem målgruppen for behandlingen i APU er, og får dem henvist korrekt.

Et andet vigtigt element, som de fagprofessionelle i de kommunale RC'er fremhæver som altafgørende for et godt samarbejde og koordinering på tværs, er, at kontakten og indgangen til APU fungerer rigtig godt:

*Det er også vigtigt at sige, at deres sekretariat er så serviceminded og sindssygt søde og sender mails og forespørger, og man behøver ikke have den der: 'åh undskyld, at jeg forstyrrer', og det gør bare også rigtig meget (...) det letter virkelig koordineringen for mig. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

De fagprofessionelle i kommunale RC'er er enige om, at det har meget stor betydning, at de oplever, at de nemt kan få kontakt til de fagprofessionelle i APU via sekretariatet/receptionen, da det ellers ville betyde meget administration og frustration, hvilket ofte er deres erfaring fra andre samarbejdspartnere.

## 4.2 Oplevelsen af henvisning og opstart i APU

I APU beskriver de fagprofessionelle, at de arbejder ud fra principperne "no wrong doors" og "ventet og velkommen", hvilket overordnet indebærer, at de unge skal føle sig velkomne og ikke bliver afvist, men altid oplever, at der er nogle, der møder dem, og hjælper dem godt videre, hvis de ikke skal i behandling i APU. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er beskriver, at når de unge først er blevet henvist fra RC eller egen læge til behandling i APU, så går det hurtigt med opstart sammenlignet med ventetiden i andre dele af psykiatrien:

*Det går rigtig hurtigt, når først vores læge har godkendt det, altså tit går der kun 14 dage, og det er jo helt exceptionelt, og det er jo meget atypisk psykiatrien, at de unge ikke føler sig tabt i systemet, som de ellers tit gør. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som det fremgår af citatet, så oplever de fagprofessionelle, at indgangen til APU har stor betydning, da mindre ventetid giver de unge en oplevelse af "ikke at føle sig tabt i systemet". På trods af dette oplever flere fagprofessionelle i de kommunale RC'er dog, at lange ventetider andre steder i psykiatrien alligevel kommer til at give nogle af de unge med dobbeltdiagnose en oplevelse af afvisning og lange ventetider. Eksempelvis beskriver en fagprofessionel fra kommunalt RC, at hvis de unge er i APU, og det så opdages, at de potentielt har en anden diagnose, som ikke behandles i APU, så kan det give udfordringer:

*Jeg synes, det er en generel udfordring, at ligeså snart de skal indskrives i et nyt psykiatrisk system (...), så uanset hvor lang ventetid der så er i det nye tilbud, så slipper de dem. Jeg har en fyr, som så fik lov at komme ind i APU, selvom han ikke helt passede ind, men så tog de ham alligevel og ville gerne være med til at prøve at udrede ham, og de fandt så ud af, at han har autisme, og der er 2 måneders ventetid for at blive udredt for det i psykiatrien, og han blev så sluppet*

*ude i APU og skal vente 2 måneder, det er jo helt håbløst, og det er jo ikke APU's skyld, men fordi der er så lang ventetid mange steder i psykiatrien, så stiller du de her borgere i en ufattelig dårlig situation. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som det beskrives af den fagprofessionelle, så kan de diagnostiske inklusionskriterier og ventetiden fortsat stå i vejen for, at unge med dobbeltdiagnose ikke oplever at få rettidig hjælp, hvilket også er et problem, der beskrives for unge med andre diagnoser, som ikke behandles i APU. Eksempelvis beskriver de fagprofessionelle i APU i en fokus-gruppe, hvordan de oplever, at unge med spiseforstyrrelser og samtidigt misbrug fortsat oplever at 'falde mellem to stole':

*Fagprofessionel 7: Vi har mange, som har nogle grader af spiseforstyrrelse, men det må ikke være i sådan en grad, at der er behov for sådan fysiske undersøgelser eller kontrol, for det kan vi ikke tilbyde.*

*Fagprofessionel 5: Og det er jo faktisk stadig en målgruppe, som kan falde lidt mellem to stole, for der er de sådan lidt, og jeg kan huske, at vi havde en, hvor vi prøvede at henvise hende til Sankt Hans, og det blev afvist, og de ville heller ikke have hende for spiseforstyrrelse og misbrug samtidig.*

*Fagprofessionel 2: Ja, det var ikke særlig pænt ... det var noget mudder.*

*Fagprofessionel 5: Og der synes jeg, at vi har siddet med nogen, hvor hvad gør vi med den målgruppe?*

I ovenstående beskrives dilemmaet i, at der i APU ikke er behandling til unge med spiseforstyrrelser, som fortsat oplever at blive afvist for behandling i psykiatrien på grund af deres samtidige misbrug. De fagprofessionelle fra de kommunale RC'er beskriver også, at de synes, det er vanskeligt med målgruppen af unge med ADHD, som de oplever udgør en stor gruppe af de unge, som de har i behandling for deres misbrug i de kommunale RC'er. Eksempelvis forklarer en fagprofessionel fra kommunalt RC:

*Hvis der fx er nogen med ADHD – den synes jeg er rigtig vanskelig at samarbejde med dem (i APU) om, for ADHD udløser tit både angst og depression, og det er sådan lidt, at det kan godt være, at de har ADHD, men de har altså også angst og depression, så det at få lov at få dem ind i huset på de to præmisser. Det synes jeg er en udfordring, især hvis de har fuldt hus derude, ik', og det er også det, som jeg gerne vil give videre, for jeg tror, mange unge kan komme i klemme i forhold til det der med at kigge bag om en diagnose, for det kan også være en spiseforstyrrelse – jeg har en pige, som jeg har med spiseforstyrrelse, som jeg prøver at få ind derude, for hun har en spiseforstyrrelse, men har holdt en pæn vægt i mange år og har sindssygt mange ruminations-tanker, når vægten øges lidt, så det handler jo om, at spiseforstyrrelsen er et symptom på noget andet, men på papiret står der jo, at hun har en spiseforstyrrelse, og der tror jeg, at hvis de vil have flere unge ind, så kunne det være en god idé at løsne lidt op og ikke være så firkantet på diagnoserne, fordi det er et symptom; angsten og depressionen er jo et symptom på en ADHD, der enten ikke er opdaget eller passet. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som det forklares i citatet, så oplever de fagprofessionelle i kommunalt RC, at de diagnostiske inklusions- og eksklusionskriterier er en udfordring, når eksempelvis unge har symptomer på flere forskellige diagnoser. Det opleves særligt vanskeligt ved den gruppe af unge, som har ADHD og spiseforstyrrelse samtidig med fx angst eller depression, da disse kunne have glæde af behandlingen, men ofte har svært ved at blive inkluderet på grund af ADHD og spiseforstyrrelse, som APU ikke behandler. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever også, at dette er en særlig udfordring i forhold til de unge, hvor mange af dem stadig ikke vil være tilstrækkeligt eller korrekt udredt, og mange unge vil også være imod at skulle "passe ind i en prædefineret kasse", som en fagprofessionel fra kommunalt RC beskriver det:

*De modeller, som vi arbejder ud fra (i kommunalt RC), går jo netop på, at de unge ikke skal passe ind i en prædefineret kasse, men vi skal tilpasse os deres livsverden og sige: 'hvor er mistrivlsen?' og ikke nødvendigvis hashen som det første, men hvad er det for nogle problemer i skolen, og hvad er det for nogle udfordringer med vennerne, fordi jeg tror, at de voksne, altså de kan også være udfordret på det, men jeg tror, de kan være bedre til at gå ind i et tilbud og så tage det med sig, som de kan bruge herfra og tage af de kasser, hvor så lader jeg noget være, men jeg tager det, som jeg kan bruge, hvor de unge, så kan de godt have det meget sådan, at 'jeg skal ikke noget kasseagtigt, jeg er i gang med at udvikle mig selv, for at finde ud af hvem jeg er, og jeg er i hvert fald ikke det der', så det er bare så meget vigtigere med de unge at skabe det miljø eller det møde, hvor de oplever, at det er dig, og vi er virkelig interesseret i at forstå og lære dig at kende. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Den fagprofessionelle fra de kommunale RC'er påpeger i citatet, at der kan være en særlig problematik både i forhold til, at psykiatrien diagnosticerer, og behandlingen er organiseret i pakkeforløb, hvilket kan give de unge en oplevelse af at skulle passe ned i noget "prædefineret", som de ikke kan se sig selv i. Den fagprofessionelle italesætter, at dette kan være en særlig udfordring i forhold til de unge, som stadig er "i gang med at udvikle" sig. I den psykiatriske forskning og medicinske sociologi er der kommet et øget fokus på problematikken i, at behandlingen er organiseret efter diagnoser, da mange mennesker med psykiske vanskeligheder ofte oplever, at deres udfordringer og livssituation er omskiftelige og ændrer sig over tid og derved ikke er noget dekontekstualiseret og statisk, som der delvist ligger i de diagnostiske kategorier (Kokanovic, Bendelow & Philip, 2013; Lane, 2020). Som de fagprofessionelle fra de kommunale RC'er udtrykker det, så kan det være en barriere for de unge, at de skal 'passe ind' i diagnostiske kategorier for at modtage behandling: "... at hvis de vil have flere unge ind, så kunne det være en god idé at løsne lidt op og ikke være så firkantet på diagnoserne" (Fagprofessionel i kommunalt RC). Det er dog ikke, fordi de fagprofessionelle i APU ikke selv er bevidste om denne problematik, og de fremhæver det også som noget, de særligt forsøger at udfordre i arbejdet med den unge målgruppe: "De unges virkelighed ændrer sig jo hele tiden, og derfor bliver vi også nødt til at bevare en nysgerrighed og ydmyghed over for det og hele tiden stiller spørgsmål" (Fagprofessionel i APU). Udfordringen med de diagnostiske inklusionskriterier og standardiserede pakkeforløb er således en strukturel og organisatorisk barriere, som både fagprofessionelle i APU og de kommunale RC'er peger på kan skabe dilemmaer i det daglige arbejde med de unge og i samarbejdet mellem sektorerne.

Det er varierende på tværs af de forskellige kommunale RC'er, hvornår og hvordan de vurderer, om en ung skal have behandling i APU, hvilket også har betydning for deres oplevelse af indgangen til behandlingen. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er beskriver, at deres oplevelse er, at de unge, som de møder, ofte vil have psykiske udfordringer kombineret med deres misbrug, så det er ikke meningsfuldt for dem ikke også at adressere de psykiske udfordringer i rusmiddelbehandlingen. Der, hvor det har indflydelse på deres henvisningspraksis, er i forhold til, hvor mange tilbud de kommunale RC'er selv har. Eksempelvis beskriver de kommunale RC'er, som selv har flere tilbud samt psykologer og psykiater eller læge tilknyttet, at de ofte selv vil vurdere og tilbyde de unge behandling først, men hvis de kan se, at de psykiske udfordringer er dominerende i forhold til misbruget, så vil de få de unge henvist til APU. Som en rusmiddelbehandler i et større kommunalt RC med mange tilbud beskriver:

*For mig så er det jo, når jeg vurderer, at der er et større psykiatrisk behandlingsmæssigt behov, for vi kan godt selv håndtere psykiske udfordringer og problemstillinger, men når det sådan er det dominerende billede, og det ikke er misbruget, der fylder mest, eller hvis vi har arbejdet så meget med misbrugsdelen, at det ikke er det, der står i vejen længere, så vil jeg typisk henvise til APU, og så plejer jeg at fortælle (til den unge), at det er en del af psykiatrien, som vi har et samarbejde med på RC, så modsat andre dele af psykiatrien, så kan man være der samtidig med misbrugsbehandlingen, og at vi koordinerer behandlingen, således at vi skruer op og ned efter behov, for ellers kan det nemt blive overvældende, for vi har jo også tilbud i RC, og der kan det nemt blive, at så skal man i gruppe to steder, så der skruer vi op og ned alt efter, hvad der giver mening. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som den fagprofessionelle fra det kommunale RC beskriver i citatet, så har de selv en række tilbud, der også er delvist målrettet misbrug og "psykiske udfordringer og problemstillinger", hvorfor de ikke henviser unge med fx 'lettere' symptomer på angst. Dette er anderledes for de mindre centre, hvor de fagprofessionelle beskriver, at de typisk henviser de unge, så snart de opdager, at der er psykiske problematikker inden for det ikke-psykotiske område. De fagprofessionelle i APU beskriver på den ene side, at det er en udfordring, at de unges dobbeltdiagnose ikke altid opspores tidligt nok og derved henvises til behandling i APU, men at det også samtidig er en udfordring, at de får de unge i APU for tidligt. I nedestående dialog mellem de fagprofessionelle i APU italesætter de denne problematik:

*Fagprofessionel 3: Jeg synes også nogle gange, at vi kan se, at de kommer for tidligt ud til os, hvilket så gør, at vi må sige, jamen det er for tidligt i forhold til behandlingen, og så er det, at samarbejdet kan blive svært, ik'. For vi kan se, at misbruget er alt for kaotisk, og det er alt for styrende og alt for stort, så det er ikke nu, og der synes jeg, at de (fagprofessionelle i kommunalt RC) nogle gange kan stille sig lidt tvivlende.*

*Fagprofessionel 4: Men jo også ofte, at de (fagprofessionelle i kommunale RC'er) synes, det giver mening, og det tror jeg egentlig, at jeg oplever størstedelen af tiden.*

*Fagprofessionel 3: Ja, i det store hele, så er det jo et godt samarbejde (...) Der er også lidt forskel på, om de har en psykiater tilknyttet, for der er lidt forskel på, hvor skarpe de er i henvisningen på diagnosen og symptombilledet, og hvornår de er terapiegnede, så måske nogle gange er de for tidligt henvist.*

*Fagprofessionel 5: Ja, og der er lidt med dem, hvor de ikke har en psykiater tilknyttet, så skal de jo igennem egen læge.*

*Fagprofessionel 3: Ja, og hvis de ikke er ordentligt beskrevet, så bliver de jo afvist eller sendt tilbage, hvis der fx er for lidt information.*

I ovenstående fremgår udfordringerne i henvisningspraksissen fra kommunalt RC/egen læge til APU, hvor der er forskel på, hvilke ressourcer de kommunale RC'er har tilknyttet, og hvordan henvisningen opleves af de fagprofessionelle i APU. Som det italesættes, så kan det være vanskeligt i samarbejdet mellem kommunale RC'er og APU, når de unge eksempelvis afvises eller henvisningen sendes tilbage. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er beskriver også, at erfaringen med henvisningspraksissen til APU har lært dem, at de kommunale RC'er (læge eller psykiater) eller egen læge skal være meget præcise i deres beskrivelse af den unges problemer og symptomer, for ellers oplever de en øget risiko for, at de unge afvises. Dette er særligt vanskeligt, når det er de unges egen praktiserende læge, som skal lave henvisningen, da disse ikke nødvendigvis er tiltrækkelig bekendte med inklusionskriterierne i APU eller mangler fyldestgørende beskrivelse af de unges symptomer. I disse situationer forklarer en fagprofessionel i kommunalt RC, at hun fx gerne ville, at de i APU kontaktede hende, inden de fx afviste en ung. Det er dog forskelligt, om de fagprofessionelle i de kommunale RC'er har oplevet, at de unge bliver afvist, da nogle har længere erfaringer med henvisning og samarbejde med APU samt psykiatere eller læge tilknyttet kommunalt RC, hvilket gør henvisningspraksissen nemmere. Eksempelvis beskriver en fagprofessionel i kommunalt RC, at hun ikke oplever, at de unge bliver afvist på grund af diagnostiske inklusionskriterier eller manglende beskrivelser af symptomer, men at det kan være en udfordring, at de unge ikke er mødestabile, hvilket ofte er en barriere for, at de bliver henvist til APU:

*Jeg oplever ikke, at de bliver afvist, men noget af det, som vi lægger vægt på, det er jo også, at de er mødestabile, for hvis de ikke kan møde hos os en til to gang om ugen, som er i deres kommune, så er oddsene for, at de kommer til at tage hele vejen ud til APU, meget, meget lille, ik'. Hvor de forløb, hvor det er gået galt derude, det er, fordi de ikke har været stabile nok til at møde op, og det kan jo også være, fordi de er meget misbrugende eller kaotisk misbrugende, at man ikke kan indgå samtaler og møde op, så når vi tit lige venter med at henvise folk, så er det også tit, fordi hvis de fx har en personlighedsforstyrrelse og et kaotisk misbrug, og vi tænker, at det kunne give god mening med APU, så vil vi godt lige have dem til at have et stabilt fremmøde hos os først, for ellers bliver det bare sådan et ærgerligt og spildt behandlingsforløb, hvor borgeren kan ende med sådan en, at det var noget lort, eller de ville mig ikke, eller hvad nu. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

På tværs af både de kommunale RC'er og APU beskriver de fagprofessionelle, at manglende mødestabilitet er en væsentlig udfordring for målgruppen, hvor nogle kommunale

RC'er først henviser de unge, når de er nogenlunde mødestabile i kommunalt RC. Det fremhæves af flere fagprofessionelle i de kommunale RC'er, at det for nogle unge er en ekstra udfordring at være mødestabil i APU, da nogle af de unge bor langt fra Stolpegård. Som det beskrives i citatet, så forklarer flere af de fagprofessionelle, at de heller ikke henviser de unge, hvis *"de er meget misbrugende eller kaotisk misbrugende"*, hvilket de fagprofessionelle i APU også beskriver som et eksklusionskriterie. Nogle fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever dog, at dette kan afhænge af travthed og kapacitet i APU:

*Jeg har også oplevet i APU, at der er kommet et øget fokus på, at der også skal ske noget i rusmiddelbehandlingen, hvor jeg synes, at da vi startede der, var de sådan mere large i forhold til, om de kunne reducere eller ej, hvor det er der fokus på nu, men det kommer rigtig meget an på, hvor travlt de har, for hvis de har meget travlt, så bliver de også nødt til at være mere skarpe på deres kriterier, ik'. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Som det fremgår af citatet, så peger nogle fagprofessionelle i kommunalt RC på, at der er sket en udvikling i APU, hvor det med tiden er blevet et skærpet kriterie for behandling i APU, at *"der også skal ske noget i rusmiddelbehandlingen"*, hvilket flere af de fagprofessionelle i APU også selv oplever. De fagprofessionelle i APU beskriver, at det kan være en rigtig vanskelig vurdering, hvornår en patient fx er for misbrugende til at være en del af APU, og det er noget, som de ofte tager op til deres konferencer i APU: *"Vi bruger virkelig lang tid på at vurdere, om det er realistisk"* (Fagprofessionel i APU). Det er uklart, hvor stor en rolle de fagprofessionelle fra de kommunale RC'er spiller i forhold til denne vurdering, men det kunne være en mulighed at inddrage dem i højere grad – både for at kvalificere vurderingen og for at give de fagprofessionelle i de kommunale RC'er og den unge en bedre indsigt og forståelse for, hvis de fx bliver afvist på grund af deres misbrug.

### 4.3 Oplevelsen af den individuelle behandling i APU

De fagprofessionelle fra de kommunale RC'er beskriver den individuelle behandling (fx indledende vurdering, lægesamtale, caseformulering, netværksmøder, tovholdersamtaler, terapeutiske samtaler) som meget positivt og givende for de unge. De fremhæver særligt organiseringen, samarbejdet, fleksibiliteten og de fagprofessionelle i APU som årsag til, at det er et vellykket behandlingstilbud: *"Jeg synes overvejende, at der er sammenhæng i tingene, og at vi er enige om vejen (...). Jeg synes, de er vildt professionelle og dygtige [i APU]"* (Fagprofessionel i kommunalt RC). Nogle af behandlerne i kommunale RC'er fremhæver dog, at de oplever de indledende samtaler med udredning som krævende for de unge. De fagprofessionelle fra de kommunale RC'er fremhæver, at deres rolle som casemanager er meget central til dette indledende møde, da de oplever at skabe tryghed og også at kunne formidle til de unge efterfølgende, hvis der er noget, som de har spørgsmål til eller har misforstået:

*Det er jo en screening, om de overhovedet skal være i APU, og det er jo det første møde, som er rigtig langt – altså et par timer, hvor nogle unge virkelig har det vanskeligt i, hvor jeg har flere gange siddet et par timer, hvor de virkelig er blevet screenet for depression og angst, så det er den udredende del, og der kræver jeg at være med, for det er der mange unge, synes jeg, som*



*gerne vil have for overhovedet at tage steppet derud, at man lige er med første gang. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

Det er dog forskelligt, om de fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever, at de må være med til mødet, hvor – som det beskrives i ovenstående – denne casemanager "kræver" det, da hun oplever, at det har stor betydning for den unge. Det varierer, hvordan denne praksis er på tværs af de kommunale RC'er, hvor det nogle steder ikke er praksis, at de fagprofessionelle fra kommunal RC deltager i de indledende møder før første netværksmøde. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er påpeger også, at de oplever, at det ville være en fordel for de unge, hvis det indledende møde med udredning/vurdering foregik ude i de kommunale RC'er, da det ville skabe mere tryghed for den unge.

De fagprofessionelle fra de kommunale RC'er oplever netværksmøderne som et godt forum, hvor der tages udgangspunkt i borgeren, hvilket de synes er vigtigt for en god behandling:

*Fagprofessionel 1: Jeg synes meget, at de unge bliver talt til og med, og så er der selvfølgelig nogle unge, som har brug for mere støtte.*

*Fagprofessionel 2: Ja, og når vi har det første netværksmøde, så handler det jo meget om borgeren og få planlagt deres forløb, hvor det er derfor, at jeg synes, det er så godt, at vi har den her telefonsamtale inden, fordi så har vi lige drøftet nogle ting, så vi faktisk kan have fokus på borgeren, for så handler det ikke så meget om, at jeg skal nå at aflevere noget information.*

I citatet fremhæver Fagprofessionel 2, at det for hende er vigtigt med en indledende dialog med tovholder i APU, da hun ellers synes, at det kommer til at handle for meget om "at jeg skal nå at aflevere noget information". Der er således en bevidsthed om, at de fagprofessionelle gerne vil have, at mødet er for de unge og ikke udelukkende for organiseringen af de fagprofessionelles arbejde. Nogle af de fagprofessionelle fra de kommunale RC'er fremhæver dog, at de gerne ville have endnu mere information fra APU imellem netværksmøderne – særligt hvis der er ændringer eller er truffet nye beslutninger i de unges forløb. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever også, at det afsluttende netværksmøde er meget vigtigt, da de ofte har en central rolle i forhold til, at de unge kommer godt videre. For nogle indebærer det en afslutning i APU og kommunalt RC, men for mange er de fortsat i behandling eller tilknyttet kommunalt RC og psykiatrien, og nogle henvises også til andre tilbud i kommunalt regi, hvor den fagprofessionelle fra kommunalt RC ofte har bedre kendskab til de lokale tilbud i kommunen. I APU er de fagprofessionelle også bevidste om vigtigheden af det afsluttende netværksmøde og beskriver, at de tidligt begynder at arbejde med det og forberede de unge på afslutningen:

*Vi laver altid et afsluttende netværksmøde, hvor vi koordinerer – skal de videre ud i noget F-ACT, er det mentorordning, og der tror jeg egentlig, at vi også er gode til at lave en indflyvning til den afslutning, og det er der nogle, der har behov for, så vi får talt om, hvad skal der ske, og for nogen får de også at vide, at de kan altid blive henvist igen. (Fagprofessionel i APU)*

I citatet fremhæver den fagprofessionelle fra APU, at det er vigtigt med koordineringen på tværs, og for mange af de unge skal der også arbejdes med "en indflyvning til den

*afslutning*”, så de unge er mentalt forberedte på, at det skal ske, og oplever, at de bliver hjulpet godt videre.

Flere af de fagprofessionelle fra både APU og de kommunale RC'er fremhæver, at der er et overlap mellem de unges behandling i de kommunale RC'er og APU. Det vil dog også variere afhængigt af, hvor mange tilbud de kommunale RC selv har, hvilket er forskelligt på tværs af de medvirkende kommunale RC'er. Nogle vil fx selv have psykolog, læge eller psykiater tilknyttet og kunne tilbyde de unge gruppeterapi samt en lang række sociale aktiviteter, mens andre kommunale RC'er måske kun vil have mulighed for at tilbyde de unge samtaler med en rusmiddelbehandler. Det er også centralt at fremhæve, at de fagprofessionelle i APU oplever, at den integrerede behandling mellem kommunalt RC og APU også indebærer, at de unge kan gå i APU, men primært have deres behandling i kommunalt RC. Som en fagprofessionel i APU forklarer:

*Behandlingen kan også være at sige, nå nu er du her i APU, men din behandling her er lige nu, at du går ude i rusmiddelcenteret, og så kan vi tage et netværksmøde igen om en måned, eller hvad nu vi aftaler, og så sige: 'hvordan går det nu?', så det kan også være behandling i APU, at man går i rusmiddelcenteret.*  
(Fagprofessionel i APU)

De fagprofessionelle i APU og de kommunale RC'er beskriver også, at der typisk er en række overlap i den behandling, som der tilbydes i henholdsvis kommunalt RC og APU, hvilket de oplever som en naturlig del af det, at de forsøger at tilbyde en integreret behandling, og derfor kan det være vanskeligt og heller ikke meningsfuldt at dele det meget skarpt op. Som det italesættes i nedenstående dialog mellem de fagprofessionelle i APU:

*Fagprofessionel 1: Jeg tænker helt sikkert, at der er mange overlap i det, vi laver, men jeg tror, at forskellen er, at de (kommunalt RC) ved rigtig meget om rusmidler og deres indvirkning og bivirkninger.*

*Fagprofessionel 5: Som jeg oplever det, så er forskellen meget det her med, at vi her tager afsæt i, hvad er det for en psykisk problematik, man har, og en mere psykiatrisk vinkel, og det oplever jeg ikke, at der er på samme måde ude på rusmiddelcentrene, hvor det kan være godt have en funktion, men det italesættes på en lidt mere diffus måde måske, hvor jeg kan godt lide at forestille mig, at vi går lidt mere ind specifikt og arbejder med ret præcist, hvad er det (misbruget), at det hjælper dig med i forhold til det, som du lider af.*

*Fagprofessionel 3: Jeg synes også, at der er mange, der siger det der med, at de oplever, at det går mere i dybden med, men jeg kan ikke sådan huske formuleringerne, men at de får fat i noget andet, når de har været her, end de har haft i RC.*

*Fagprofessionel 2: Og der er jo heller ikke noget af vores, som er direkte på at sige, nu laver vi en nedtrapning, vi går ikke sådan helt struktureret ned og siger, nu arbejder vi med det (misbruget), hvor det er ikke os, der laver planen for, hvordan de skal trappe ud, eller hvad de sådan skal gøre, hvor den del ligger i RC, og vi kigger mere på den funktion, det har, og hvad er der sket før ...*

I ovenstående fremhæver de fagprofessionelle i APU, at de oplever, at de har en anden tilgang til at arbejde med det psykiske både i forhold til, at de arbejder psykoterapeutisk, og i forhold til at det ofte er de psykiske udfordringer, som behandlingen specifikt er målrettet i forhold til at arbejde med, "hvad er det (misbruget), at det hjælper dig med i forhold til det, som du lider af?". Misbruget anses således i behandlingen i APU typisk som en strategi til håndteringen af nogle psykiske udfordringer, hvor behandlerne også vil forsøge at forstå, hvilken "funktion" misbruget har. Det er forskelligt på tværs af misbrugscentre, hvordan de beskriver deres tilgang til målgruppen, hvor nogle af fagprofessionelle fra de større centre forklarer, at de arbejder 'systemisk og narrativt' som en teoretisk tilgang i arbejdet med de unge. Ligeledes fremhæver de fagprofessionelle i de kommunale RC'er også, at de arbejder med en mere målrettet plan for de unges forbrug og nedtrapning:

*Jeg tror, forskellen er, nu har jeg jo ikke siddet i deres grupper fx, men jeg tror, deres er væsentligt mere målrettet specifikt og manualiseret DAT-behandling, som er sådan meget redskabsorienteret med forskellige teknikker og visualiseringsøvelser og sådan meget konkrete strategier til, hvordan man regulerer sine følelser, og hvornår bliver de aktiveret, og det kan også sagtens være et element i vores behandling, men det er ikke noget, som vi bruger 12 uger på, for vi bruger tiden på at snakke om, hvad for en funktion har rusmidlet, og hvordan har det påvirket dine nære relationer, og hvordan har det påvirket din livssituation, så vi har meget mere fokus på rusmiddeldelen, og så kan det godt være, at følelsesregulering bliver en del af det, for det er det jo også bare at sidde i en gruppe og forholde sig til andre og deres rusmiddelproblemer og se det i øjne osv., så det er slet ikke målrettet følelsesregulering på samme måde.*  
(Fagprofessionel i kommunalt RC)

Som det fremgår af citater, så er der en række overlap i tilgang og behandling mellem kommunalt RC og APU, hvor kommunalt RC fx også vil arbejde med, "hvad for en funktion har rusmidlet" og følelsesregulering, men dog mindre manualiseret og mere målrettet "rusmiddeldelen". På trods af at der er overlap mellem behandlingstilbud og fokus på dobbeltdiagnose på tværs af APU og RC, så fremhæver de fagprofessionelle i de kommunale RC'er, at de typisk vil anbefale de unge ikke at deltage i fx et terapeutisk forløb i kommunalt RC, samtidig med at de er i APU:

*Med de borgere, som jeg er kontaktperson for, der vil jeg oftest tænke, der kan jo være undtagelser, at det ikke er hensigtsmæssigt, at jeg kører på med et terapeutisk forløb, og at de også er i et terapeutisk forløb i APU, og når jeg har en borger, som er henvist dertil, så er det typisk også, fordi at jeg er nået dertil, hvor jeg er nået så langt, som jeg kan komme, så der skal noget andet til.* (Fagprofessionel i kommunalt RC)

Citatet er fra en fagprofessionel, som er tilknyttet et større kommunalt RC, hvor de tilbyder både individuelle og gruppebaserede terapeutiske forløb. Det har betydning, da det i disse tilfælde ikke vil give mening at køre forløb begge steder, da de unge, som den fagprofessionelle beskriver, ofte allerede har været igennem et terapeutisk forløb i kommunalt RC, inden de starter op i APU. Det beskrives ligeledes af de fagprofessionelle i både kommunale RC'er og APU, at de typisk også vil fraråde de unge at gå i gruppeforløb

i kommunalt RC og APU samtidig, da de oplever, at det er for intensivt, forvirrende og ikke givende for de unge.

#### 4.4 Oplevelse af gruppetilbud i APU

Både de fagprofessionelle i APU og kommunale RC'er oplever, at det kan være en udfordring med de unges fremmøde i gruppeterapien i APU. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever, at nogle af de unge ikke ønsker at deltage i gruppeterapi, hvilket kan være en udfordring for deres behandlingsforløb i APU. Det er dog forskelligt, om de fagprofessionelle i de kommunale RC'er oplever, at de unge kan tilbydes individuel behandling i APU i stedet for gruppeterapi, eller om deltagelse i gruppeforløb er en forudsætning for at være en del af APU. Eksempelvis beskriver to fagprofessionelle fra kommunale RC'er dette på følgende måde:

*Fagprofessionel 3: Flere af dem, som jeg har haft derude (i APU), har ikke helt passet ind i gruppetilbuddene, og så har de enten fået nogen samtaler eller forud for og så blevet mere trygge derude og så gået med til at komme i gruppe, og jeg har også en nu, hvor gruppe ikke er på tale nu, og hun får så nogle flere (individuelle) samtaler, så jeg oplever, at der er en vis fleksibilitet i forhold til det.*

*Fagprofessionel 1: Ja, det tænker jeg også, men du skal som udgangspunkt være villig til gruppe, for det er det, som er tilbuddet, ik' (...) De gjorde det mere til at starte med, hvor hvis man nu havde en borger, som havde svær PTSD, har vi så tid nok til, at vi kan tilbyde individuelt, og der oplever jeg så, at det er blevet strammet, men det kan også være, fordi at jeg har oplevet det andet, ik'. For jeg oplever egentlig, at de virkelig gør alt, hvad de kan, og det er et meget hjerteligt sted, og de gør virkelig alt, hvad de kan. Det er mennesker, som gerne vil det bedste for borgeren.*

Som det fremgår af ovenstående, så oplever de fagprofessionelle det lidt varierende, om det er muligt for de unge at gå i APU, hvis de ikke kan/vil deltage i gruppeterapi. De oplever, at der er en fleksibilitet i forhold til, at de unge kan få tilbudt individuelle samtaler til at starte med, men på sigt er det målet og en forudsætning for at være i APU, at de kommer i gruppeterapi. De fagprofessionelle oplever dog, at der er en stor velvilje fra de fagprofessionelle i APU til at udvise fleksibilitet og gøre, hvad der er bedst for de unge. De fagprofessionelle i APU beskriver også selv, at det er meget vigtigt for dem at være fleksible, men også at udvise tålmodighed over for de unge:

*Man skal være meget tålmodig og kunne rumme meget, og det er også derfor, at supervision er så vigtig, for tit er det et skridt frem og to tilbage, og vi bliver frustreret, og der er det vigtigt, at vi kan tale om det, og så bliver en gruppe kaldt en skraldespandsgruppe, altså så har terapeuten stået og gjort klar til den her gruppe, og så får man det at vide – det er jo ikke sjovt, og det gør da noget ved os som terapeuter og som mennesker, og det er vigtigt i supervision at kunne tale om den frustration, utilstrækkelighed og afmagt. (Fagprofessionel i APU)*

I citatet refererer den fagprofessionelle til en episode, hvor der har været et gruppeforløb med meget lavt fremmøde, og en af deltagerne har omtalt gruppen som "skraldespandsgruppe". Som den fagprofessionelle fra APU også giver udtryk for, så er det en udfordring, at det kan være meget varierende med mødestabiliteten i gruppeforløbene, og det påvirker også de fagprofessionelle, "og det gør da noget ved os som terapeuter og som mennesker, og det er vigtigt i supervision at kunne tale om den frustration, utilstrækkelighed og afmagt". Det er svært for både de fagprofessionelle i de kommunale RC'er og APU at pege på en årsag til det varierende fremmøde i gruppeterapien, og de oplever, at det er en generel problemstilling med en målgruppe med mange udfordringer i hverdagen. De fagprofessionelle i de kommunale RC'er peger dog på nogle praktiske omstændigheder, fx at den fysiske afstand mellem de unges bopæl og Stolpegård er for stor, og at tidspunktet for gruppeterapien er en barriere for flere af de unge:

*Det er også et problem med tidspunktet, for med de ældre der tror jeg bedre, at de kan rumme at gå ind til en chef og spørge om fri i 2 timer hver torsdag 12 gange, hvor det er simpelthen for svært for de unge, så det skal ligge sent eftermiddag, for de kan ikke overskue, at når de har et job, så er de meget fokuseret på at bevare det, og det kan også være skole og sådan noget, og jeg har tit nogen, som jeg gerne ville sende i APU, men det kan jeg ikke, for de har et fuldtidsjob, som de skal passe. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

De fagprofessionelle i de kommunale RC'er er enige om, at det er en barriere, at gruppeterapien ligger i dagtimerne, hvilket betyder, at nogle unge ikke henvises til APU, da det ikke er en mulighed for dem. De beskriver også, at de unge "igen falder mellem to stole", da de unge, som er mødestabile, typisk også er i uddannelse/arbejde, men de kan ikke deltage i APU på grund af dette, og de, som har svært ved at være mødestabile i APU, typisk også er dem, som ikke vil være i uddannelse/arbejde. Derved bliver gruppeterapien også ofte for den gruppe af unge, som har svært ved at mødestabile, hvilket gør grupperne meget sårbare. En anden dimension, som de fagprofessionelle peger på, er relationsarbejde og flere incitamenter for fremmøde, hvor de oplever, at deres erfaring fra de kommunale RC'er er, at det er vigtigt for de unges motivation, at der fx arbejdes med at styrke de sociale, relationelle og materielle ressourcer:

*Jeg synes, de unge kræver, altså – jeg synes, samarbejdet er rigtig vigtigt, for i virkeligheden, hvis vi skal give et ordentligt og optimalt tilbud til de unge, så kræver det nogle flere ressourcer både menneskelige og også økonomiske forstået på den måde, at hvis man nu tager MOVE<sup>1</sup>-projektet, så har man jo fundet ud af, at især med unge drenge, så kan det virke at give dem 100 kroner eller et gavekort, for så lokker du dem faktisk ind, og jeg tænker, at vi faktisk har en masse erfaring, som jeg tror psykiatrien kan bruge meget godt, for vi har nogle erfaringer om, at det der relationsarbejde er i virkeligheden det allervigtigste, og hvis der er nogle fysiske rammer, hvor man fik en bolle eller sandwich i pausen, når man var derude. Altså, i virkeligheden nogle lidt banale ting, men hvor man prøvede at gøre det lidt mere hyggeligt og ikke så institutionsagtigt. (Fagprofessionel i kommunalt RC)*

---

<sup>1</sup> MOVE er et behandlingsforløb, som kombinerer samtaleteknikkerne "Kognitiv adfærdsterapi" og "Den motive-rende samtale" med en række strukturelle elementer, blandt andet gavekort for fremmøde (Socialstyrelsen, 2019).

I citatet giver den fagprofessionelle fra kommunalt RC en række forslag til, hvordan APU kunne styrke de unges motivation til at møde op ved eksempelvis at tilbyde *"et gavekort"* og skabe nogle *"mere hyggelige og ikke så institutionsagtige"* rammer, hvor fx det at tilbyde de unge *"en bolle eller sandwich"* kunne være en måde at styrke det relationelle og sociale element i grupperne, hvis der var noget andet end blot terapien at mødes om.

## 5 Konklusion og opmærksomhedspunkter

I det følgende præsenteres de samlede konklusioner på baggrund af analyserne af de unge og fagprofessionelles oplevelser af behandlingstilbuddet og det tværsektorielle samarbejde mellem APU og kommunale RC'er. Desuden peges på en række opmærksomhedspunkter, der kunne arbejdes videre med i udviklingen og kvalificeringen af behandlingstilbuddet.

### 5.1 Tidligere erfaringer påvirker de unges opstart i APU

På trods af, at der i psykiatrien og de kommunale rusmiddelcentre er sket et øget fokus på, at mennesker med dobbeltdiagnose skal have en koordineret og sammenhængende behandling for deres psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblematikker på samme tid, så har de unge i denne undersøgelse fortsat en lang række negative erfaringer med den sektoropdelte behandling. De unge og pårørende har fx alle oplevet at blive afvist i psykiatrien på grund af deres misbrug, og flere beskriver, at de tidligere har oplevet behandlingen som adskilt og usammenhængende. Deres negative erfaringer knytter sig således både til en række strukturelle og relationelle barrierer, som for flere af de unge har skabt en grundlæggende mistillid og manglende tro på, at behandlingssystemet kan hjælpe dem og møde deres behov. Disse tidligere erfaringer er væsentlige at forholde sig til, da de tydeligvis påvirker deres opstart i APU. Eksempelvis beskriver flere af de unge, at selve opstartsfasen med henvisning, vurdering og udredning opleves som usikker og med ventetid. Dette på trods af, at de fagprofessionelle modsat oplever, at ventetiden er meget kort i APU sammenlignet med andre steder i psykiatrien. På den måde er der en uoverensstemmelse mellem 'bureaukratets' og de professionelles oplevelse af tidslighed og rettidig behandling sammenlignet med de unges oplevelse. Denne uoverensstemmelse er vigtig at være opmærksom på, da det er afgørende for de unges videre behandling i APU, at der er en sensitivitet og synkronisering mellem de unges oplevelse af rettidig behandling og 'systemet'. I opstartsfasen i APU er det desuden vigtigt, at de unge føler sig trygge i relationen til de behandlere, som de møder, da flere af dem også udtrykker frygt for potentiel stigmatisering af de fagprofessionelle.

Et centralt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde i APU og samarbejdet med de kommunale RC'er er således at understøtte, at de unge oplever at modtage en rettidig behandling samt fortsat at skabe trygge rammer for de unge i deres opstart. Dette kan blandt andet gøres ved at møde de unge i deres usikkerhed og tvivl om, hvorvidt de kan blive afvist i APU, og hvad der videre skal ske, hvis de ikke kan være en del af behandlingen i APU. Der er således et arbejde i at informere de unge om mulige udfald af vurderingen og udredningen samt det videre behandlingsforløb, så de i højere grad oplever en tryghed og ro i opstartsfasen. Desuden beskriver de unge, at deres tovholder og casemanager har haft stor betydning i opstartsfasen, da deres relationsarbejde og tilgang til de unge har medvirket til, at deres frygt for stigmatisering samt følelse af usikkerhed, utryghed og mistillid er blevet mindre. Samarbejdet mellem tovholder og casemanager er således afgørende for, at de unge oplever en styrket tillid til 'systemet', og at behandlingen og de fagprofessionelle kan være med til at hjælpe dem videre. Det vil sige, at samarbejdet styrker

alliancen mellem behandler/fagprofessionel og ung, hvilket vi ved er afgørende for behandlingssucces (Horvath, 2002).

## 5.2 Barrierer for henvisning til APU

De fagprofessionelle i både kommunale RC'er og APU beskriver, at de diagnostiske inklusions- og eksklusionskriterier kan være vanskelige at arbejde med og være en barriere for henvisningen af nogle unge til APU. For det første peger de på, at unge med ADHD kombineret med fx lettere symptomer på angst og depression eller unge med spiseforstyrrelse kombineret med angst og depression bliver afvist i APU og stadig oplever "at falde ned mellem to stole". Ligeledes er det en barriere, når de kommunale RC'er ikke har tilknyttet læge/psykiater, da de unge så skal igennem egen læge, som ikke altid får lavet den rette beskrivelse og henvisning af de unge.

Desuden oplever de fagprofessionelle i de kommunale RC'er, at det kan være en barriere for de unge, at de skal vurderes og udredes for at modtage behandling i APU, da mange af dem ikke ønsker denne kategorisering og diagnosticering. De fagprofessionelle fra de kommunale RC'er peger også på, at mange af de potentielle unge i målgruppen for APU ikke er mødestabile, hvilket er en grund til ikke at henvise dem, da den fysiske afstand til Stolpegård for mange vil gøre fremmøde endnu mere vanskeligt end i de kommunale RC'er. Ligeledes er det en væsentlig faktor i forhold til henvisning, at mange af de kommunale RC'er selv har en række behandlingstilbud, som er delvist målrettet unge med dobbeltdiagnose, hvorfor mange vil gå igennem denne behandling, før APU tænkes ind som en mulighed.

Det er således et opmærksomhedspunkt, at de diagnostiske kriterier er en barriere for nogle af de unge, og at de kommunale RC'er har en række tilbud, som de unge ofte starter i inden, hvilket begge er faktorer, som begrænser henvisningen af unge fra kommunale RC'er.

## 5.3 Roller, ansvar og ekspertise i samarbejdet

De fagprofessionelle beskriver på tværs af APU og de kommunale RC'er, at de oplever samarbejdet som meget meningsfuldt og vigtigt for at tilbyde de unge den behandling, som de har brug for. De fremhæver, at samarbejdsmodellen er velbeskrevet og fleksibel, hvilket de oplever som altafgørende for det gode samarbejde på tværs. De fagprofessionelle i APU og kommunale RC'er er også enige om, at de har brug for begge sektors fagligheder og ekspertise for at håndtere kompleksiteten i målgruppen, og de beskriver en gensidig tillid til hinanden på tværs. De oplever desuden, at de med tiden har fået udviklet nogle gode praksisser for, hvordan de udfylder deres forskellige roller i samarbejdet på den bedste måde, og der eksisterer også en bevidsthed om grænser for ens egen faglighed.

På trods af dette er der roller og ansvarsområder, som i det daglige er mere udefinerede og svære at afgrænse. Eksempelvis er der mange overlap mellem tilgange og behandlingstilbud i APU og nogle af de større kommunale RC'er, hvilket kan give nogle udfor-



dringer i forhold til at skabe en fælles 'problemdefinition' og sammenhængende behandlingsforløb. Desuden er det svært med en klar grænsesætning for arbejdet omkring mange af de praktiske opgaver (fx økonomi og boligsituation), som de unge ofte skal have hjælp til, inden de kan påbegynde behandling. I disse situationer bliver det typisk op til den enkelte fagprofessionelle i APU at sætte en svær grænse for hjælpen, da det kan være ugennemsigtigt for fx tovholderen, hvornår de har udført dette arbejde tilstrækkeligt, og ligeledes bliver det uklart for samarbejdspartnerne, hvad de kan forvente, og hvor dette ansvar egentlig ligger.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt er således også, at der sker en fælles faglig drøftelse af ansvaret og grænserne for det arbejde, som man kunne kalde det 'usynlige arbejde', da det er ikke er defineret som en klar opgavebeskrivelse, men ikke desto mindre er meget vigtigt og ressourcekrævende. Det er centralt at få skabt nogle fælles faglige rum for refleksion og faglige aktiviteter på tværs, hvor grænser, roller og ansvar for det 'usynlige arbejde' kan blive gjort synligt og derved blive diskuteret.

Både de unge og fagprofessionelle fremhæver, at samarbejdet og koordineringen på tværs af APU og kommunale RC'er har især stor betydning i opstarten og afslutningen af de unges forløb. De unges tilknytning til det kommunale RC og casemanageren skaber tryghed i opstarten, hvor flere fagprofessionelle og unge har oplevet venteperioder, hvor det har været vigtigt for de unge at kunne få midlertidig støtte og behandling i kommunalt RC. Ligeledes er det centralt for mange af de unge, at de fastholder en tilknytning til kommunalt RC, når de afslutter forløb i APU, da dette beskrives som et sikkerhedsnet, hvis de oplever tilbagefald.

De unge fremhæver også, at deres relation til casemanageren har stor betydning, da de ofte kommer til at fungere som en velkendt og tryk støtteperson, der kan hjælpe med at lytte, stille spørgsmål og omsætte information ved møder i APU, hvilket også er den rolle, som de fagprofessionelle oplever, at casemanageren har. De fagprofessionelle fra de kommunale RC fremhæver i den forbindelse, at det ville skabe yderligere tryghed for de unge, hvis de indledende møder med udredning og vurdering i APU foregik ude i de kommunale RC'er med deltagelse af casemanageren fra kommunalt RC.

De fleste unge omtaler primært netværksmøderne som et forum for koordinering og samarbejde, hvor nogle oplever, at møderne er ressourcekrævende for dem og primært har til formål, at de fagprofessionelle kan dele information. Flere af de fagprofessionelle fremhæver også, at netværksmøderne er meget vigtige for gennemførelsen af deres arbejde, men de er også opmærksomme på, at det er vigtigt, at det ikke kun bliver et møde til deling af information. Nogle fagprofessionelle fremhæver, at de forsøger at dele information med hinanden inden netværksmøderne for at undgå at fjerne fokus fra de unge på møderne. Et vigtigt opmærksomhedspunkt er således også at få en fælles faglig refleksion over, hvad formålet med netværksmøderne er, og om de kan afholdes på en måde, så de unge også oplever, at de understøtter andre formål end deling af information mellem fagprofessionelle.

Ligeledes oplever flere af de unge, at de har meget ansvar for at få overleveret information mellem APU og kommunalt RC uden om netværksmøderne, hvilket for nogle unge giver en følelse af selvbestemmelse og for andre opleves som en byrde. Derfor er et

væsentligt opmærksomhedspunkt også at tilpasse dette ansvar efter den enkelte unge samt at være opmærksom på, at de unges rolle på netværksmøderne også må tage udgangspunkt i, at de unge har forskellige ressourcer.

## 5.4 Troværdighed og inddragelse

Når de unge er startet i behandling i APU, oplever de at blive mødt på en positiv og radikalt anderledes måde, end de tidligere har oplevet i psykiatrien. De fremhæver de fagprofessionelle (fx tovholder og casemanager) som særligt betydningsfulde for deres positive oplevelser med behandlingen. Disse positive oplevelser knytter sig til, at de unge oplever, at der er nem adgang til de fagprofessionelle, og at de bliver lyttet til, informeret og har indflydelse på deres behandlingsforløb, samt at tovholderen udviser tålmodighed og har en *"ikke-dømmende tilgang"*. Flere af de unge oplever således, at de i behandlingsforløbet og i relation til de fagprofessionelle har adgang til social validering, autoritet og information/viden, hvilket er med til at understøtte en grundlæggende følelse af troværdighed i mødet med 'systemet', hvilket er helt centralt, når der arbejdes med brugerinddragelse. Det betyder, at de unge fx ikke bare oplever inddragelsen som symbolsk, men at de reelt har indflydelse på deres behandlingsforløb og har tillid til, at de fagprofessionelle kan og vil hjælpe dem.

For at sikre denne oplevelse af troværdighed og inddragelse i eget behandlingsforløb kræver det også, at de fagprofessionelle udviser fleksibilitet og justerer behandlingen efter de unges behov og problemdefinitioner. Både de unge og de fagprofessionelle beskriver, at de forsøger at udvise fleksibilitet i behandlingen i APU, men at dette er en udfordring i forhold til, at behandlingsforløbet er organiseret efter diagnoser og med udgangspunkt i standardiserede pakkeløb. I den daglige praksis oplever både de fagprofessionelle og de unge, at disse strukturelle omstændigheder sætter begrænsninger for fleksibiliteten. For nogle unge skaber det usikkerhed, fx når de får mistanke om, at de har en diagnose, som APU ikke behandler, og derved risikerer at blive afsluttet i behandlingsforløbet, som de ellers oplever som meningsfuldt. Derfor er det også vigtigt, at de fagprofessionelle er opmærksomme på, at de unge har denne mistillid til psykiatrien og får skabt en tillidsfuld alliance, så de unge tør dele disse bekymringer med fx deres casemanager og tovholder. Andre unge oplever, at diagnosticeringen og kategoriseringen er i modstrid med deres egen identitetsdannelse, som er mere omskiftelig og i forandring. Derfor er et centralt opmærksomhedspunkt også at arbejde med at italesætte og håndtere disse strukturelle barrierer i fællesskab, så det ikke bliver en relationel barriere i behandlingen og et individuelt problem for den enkelte fagprofessionelle og unge at håndtere.

## 5.5 Kollektiv identifikation og barrierer for deltagelse i gruppeterapien

Både de fagprofessionelle og de unge fremhæver, at det er en udfordring, at der er et ustabil fremmøde blandt deltagerne i gruppeforløbene, hvilket både påvirker de unges motivation og engagement. Det er forskelligt blandt de unge i interviewene, hvorvidt de oplever, at det er meningsfuldt og udbytterigt at deltage i gruppeterapien. Flere af de unge beskriver, at tidligere, negative erfaringer med gruppeterapi har afholdt dem fra at deltage

i gruppeforløb i APU. De resterende har deltaget i gruppeforløb med dialektisk adfærdsterapi-inspireret færdighedstræning (DAT), ruminationsfokuseret kognitiv adfærdsterapi (RFKAT) og kropsgruppe, hvor nogle udelukkende beskriver positive oplevelser og et stort udbytte, mens andre har mere blandede erfaringer. De, der fremhæver gruppeterapien som noget positivt og med et oplevet udbytte, er også dem, som beskriver, at de har spejlet sig i de andres 'sociale problem' og oplevet en social/kollektiv identifikation, der har udløst følelser som fx sympati, håb, mindre ensomhed og normalisering. Denne gruppe beskriver også, at den meget anvendelsesorienterede tilgang til viden med brug af konkrete redskaber har gjort en positiv forskel for dem, da de har haft nemt ved at omsætte denne viden til deres eget hverdagsliv. For de unge, som udtrykker mindre positive oplevelser, knytter det sig primært til, at de ikke oplever at kunne genkende sig selv i de andres 'sociale problem' og ikke oplever, at der har været tilstrækkelig plads til forskellighed og at imødekomme den enkeltes behov i grupperne.

Et opmærksomhedspunkt er således, at de fagprofessionelle arbejder videre med, hvordan de kan facilitere grupperne, så der er god balance mellem individuelle og gruppebehov. Denne udfordring mellem det partikulære/individuelle og universelle/kollektive er en velkendt problemstilling, når man arbejder med gruppeterapi – og noget, som kræver en række faglige og emotionelle kompetencer som fx empati og lydhørhed (Kirkegaard, 2022).

Et andet centralt opmærksomhedspunkt er, at de unge og fagprofessionelle fremhæver en række praktiske udfordringer, som er en barriere for de unges deltagelse i gruppeterapien. Disse knytter sig til den usikre mødestabilitet blandt deltagerne og tidspunktet, som grupperne afholdes på, samt at nogle af de forskellige grupper ligger for tæt op ad hinanden. Nogle unge efterspørger gruppeterapi, der ligger i andre tidsrum, fx sen eftermiddag/aften, og at der er gruppetilbud for deres pårørende. Ligeledes fremhæver de fagprofessionelle fra de kommunale RC'er, at de "institutionsagtige" materielle rammer og manglende sociale aspekter af gruppeterapien er noget, der kunne arbejdes videre med for at skabe et stærkere socialt fællesskab og motivation for deltagelse i gruppeterapien.

## 5.6 Afslutning og udbytte af behandlingsforløb

Det er få af de unge i interviewene, som er ved at afslutte deres forløb i APU, men overordnede set oplever både de fagprofessionelle og de unge, at de har fået stort udbytte både af de individuelle indsatser og gruppeforløbene. Det er dog forskelligt, om de unge oplever, at der er lagt en plan for deres videre forløb, hvilket blandt andet skyldes, at de ikke har haft deres afsluttende samtaler i APU endnu, men det er tydeligt, at afslutningen for de unge er forbundet med nervøsitet og usikkerhed, hvorfor det er altafgørende tidligt i afslutningsfasen at få talt med de unge om og tilrettelagt en videre behandlingsplan. De fagprofessionelle i APU fremhæver også, at det er centralt, at der tidligt foregår en "indflyvning" til de unges afslutning, hvilket er en måde mentalt at forberede de unge på, at der snart kommer en overgang et andet (eventuelt) behandlingstilbud eller udskrivning fra psykiatrien. Det er således et vigtigt opmærksomhedspunkt, at alle de fagprofessionelle ved, at denne "indflyvning" er afgørende at igangsætte med de unge, da overgangene er forbundet med usikkerhed og behov for en tydelig plan for det videre forløb.

## Litteratur

- Andersen, D. (2014a). *Staging and storying change: An ethnography of everyday practice in drug treatment for young people*. Ph.d.-afhandling. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Andersen, D. (2014b). Giving clients a backstage experience: A case of dramaturgical trouble in the professional performance of drug treatment. *Symbolic Interaction*, 37(4), 483-499.
- Andersen, D. & Bengtsson, T.T. (2019). Timely care: Rhythms of bureaucracy and everyday life in cases involving youths with complex needs. *Time & Society*, 28(4), 1509-1531.
- Andersen, D. & Kessing, M.L. (2019). Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: Changing contours of stigmatization in the era of social investment. *Addiction Research & Theory*, 27(4), 277-284.
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 49(3), 279-300.
- Benjaminsen, L., Andrade, S.B., Andersen, D., Enemark, M.H. & Birkelund, J.F. (2015). *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark: En registerbaseret kortlægning*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Buch, M.S., Thygesen, P. & Johansen, K.S. (2015). *Tværasektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug: Kvalitativ evaluering af det tværasektorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup*. København: KORA.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C. & Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192-201.
- Horvath, A.O. (2002). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Kessing, M.L. (2020). "It is a different world in here": Collective identification and shared experiential knowledge between psychiatric inpatients. *Sociology of Health & Illness*, 42(4), 724-738.
- Kirkegaard, S. (2019). *Samskabelse i socialpsykiatrien: En undersøgelse af grænser, performance og stigma i hverdagsinteraktionerne mellem professionelle, brugere og frivillige*. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitet.
- Kirkegaard, S. (2020). The everyday drama of coproduction in community mental health services: Analyzing welfare workers' performance as the "Undercover Agent". *Symbolic Interaction*, 43(3), 428-451.

- Kirkegaard, S. (2022). Experiential knowledge in mental health services: Analysing the enactment of expertise in peer support. *Sociology of Health and Illness*. Forthcoming.
- Kirkegaard, S. & Andersen, D. (2018). Co-production in community mental health services: Blurred boundaries or a game of pretend? *Sociology of Health & Illness*, 40(5), 828-842.
- Kohl, K.S., Kessing, M.L., Fynbo, L., Schmidt, A., Jensen, M.N. & Munkholm, M.C. (2016). *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Kokanovic, R., Bendelow, G. & Philip, B. (2013). Depression: The ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 35(3), 377-390.
- Koski, J.P. (2014). 'I'm just a walking eating disorder': The mobilisation and construction of a collective illness identity in eating disorder support groups. *Sociology of Health & Illness*, 36(1), 75-90.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). Interview quality. I Brinkmann & Kvale (red.). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. SAGE Publications.
- Lane, R. (2020). Expanding boundaries in psychiatry: Uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. *Sociology of Health & Illness*, 42, 69-83.
- Pedersen, M.U., Frederiksen, K.S. & Pedersen, M.M. (2015). *UngMap - En metode til identificering af særlige indsatser, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige: Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Prior, S. (2012). Overcoming stigma: How young people position themselves as counselling service users. *Sociology of Health & Illness*, 34(5), 697-713.
- Region Hovedstadens Psykiatri (2020). *Samarbejde på tværs: En undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik*. Gentofte: Region Hovedstadens Psykiatri.
- Socialstyrelsen (2019). *MOVE – Effektiv behandling af unges rusmiddelproblemer*. Tilgængeligt 20.12.2021. Tilgængelig fra: <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2019/move-efektiv-behandling-af-unges-rusmiddelprobleme>
- Trojaborg, R.S. (2018). Enhanced quality or assembly lines? Psychiatric treatment packages in Denmark: Knowledge definitions and governing tools. *Social Theory & Health*, 16(4), 342-360.

**VIVE**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD